FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE LYON

Année 1963 - N° 659

TITRE DE LA THÈSE

Etude comparative des antécédents héréditaires et personnels et du contexte socio-familial dans une collectivité d'adolescents débiles mentaux et dans un groupe témoin d'adolescents normaux

THÈSE

présentée

à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de LYON

et soutenue publiquement le 13 Décembre 1963,

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Denis BAZINGA

né le 8 Octobre 1934

à KONDE-TENDE (Mayombe)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550014_0036

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE LYON

Année 1963 - N°

TITRE DE LA THÈSE

Etude comparative des antécédents héréditaires et personnels et du contexte socio-familial dans une collectivité d'adolescents débiles mentaux et dans un groupe témoin d'adolescents normaux

THÈSE

présentée

à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de LYON

et soutenue publiquement le 13 Décembre 1963,

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Denis BAZINGA

né le 8 Octobre 1934

à KONDE-TENDE (Mayombe)

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

P E R S O N N E L de la F A C U L T E

Doyens honoraires :

M. J. LEPINE : Membre de l'Institut
M. H. HERMANN: Correspondant de l'Institut

Doyen : M. J.F. CIER

Assesseurs : MM. M. LEVRAT
L. REVOL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. COLLET, GUIART, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET, HERMANN, ROCHET.

PROFESSEURS

MM. CIBERT	Clinique urologique
PONTHUS (détaché à Beyrouth)	Physique biologique
DECHAUME	Clinique neuro-psychiatrique et d'hygiène mentale
CHAMBON	Chimie organique et toxicologie
WERTHEIMER	Clinique chirurgicale B
PAUPERT-RAVAULT	Clinique médicale B
FROMENT	Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires
CROIZAT	Clinique médicale C
ENSELME	Chimie biologique et médicale
MALLET-GUY	Clinique chirurgicale A
REVOL	Pharmacie galénique
POLLOSSON	Clinique gynécologique
PIGEAUD	Clinique obstétricale
BOURRET	Médecine du travail
LEVRAT	Clinique médicale A
SOHIER	Hygiène et action sanitaire et sociale
NETIEN	Botanique et cryptogamie
BERTRAND	Clinique chirurgicale C
BADINAND	Chimie analytique pharmaceutique
DREVON	Pharmacie chimique et pharmacologie
ROCHE	Médecine légale et déontologie
COUDERT	Parasitologie et pathologie exotique
MOUNIER-KUHN	Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phonologie
PAUFIQUE	Clinique ophtalmologique
THIERS	Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie
BRUN	Clinique de pneumo-phtisiologie
CREYSSEL	Clinique traumatologique des membres
DARGENT	Clinique carcinologique
GUICHARD	Anatomie pathologique

MM.	GIRARD Paul	Pathologie générale et expérimentale
	LATARJET	Anatomie
	PEYCELON	Pathologie chirurgicale
	GIRARD Marcel	Thérapeutique
	VACHON	Pathologie médicale
	GALY	Physio-pathologie des voies respiratoires
	PAPILLON	Radiologie
	JEUNE	Clinique des maladies infectieuses
	GONIN	Hydrologie thérapeutique, climatologique et écologie social
	MONNET	Bactériologie
	BANSSILLON	Physiologie et pathologie obstétricales
	CHATONNET	Physiologie B
	GUINET	Clinique endocrinologique
	TRILLAT	Clinique de chirurgie orthopédique
	FREIDEL	Clinique stomatologique
	MARION Joseph	Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantiles
	DORCHE	Matière médicale et législation pharmaceutique
	DUMONT Louis	Histologie et embryologie
	PERROT	Chimie
	CIER J.F.	Physiologie A
	PERRIN J.	Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire
	MICHAUD Pierre	Clinique de chirurgie cardiaque
	X....	Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge
	X....	Biologie médicale et pharmacodynamie

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

MM.	BERGER	Physique nucléaire appliquée à la médecine
	BERTOYE	Bactériologie
	MANSUY	Neuro-chirurgie
	COLLET	Chimie pharmaceutique
	SARROUY	Clinique de pédiatrie
	LACROIX	Climatologie
	LIARAS	Clinique chirurgicale propédeutique
	LECUIRE	Neuro-chirurgie
	REVOL	Médecine générale
	GOINARD	Thérapeutique chirurgicale

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.	ROMAN	Parasitologie
	CIER André	Pharmacie chimique et pharmacologie
	FEROLDI	Anatomie pathologique
	MORET	Physique biologique

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES TITULAIRES

MM.	CREYSSEL Roger	Chimie biologique
	THIVOLET	Hygiène
	GARIN	Parasitologie
	PINET	Electro-radiologie
	ODDOUX	Botanique et cryptogamie

de SOLLIERS	Chimie analytique
TOLOT	Médecine du Travail
DESPIERRE	Médecine générale
GUYOTAT	Neuro-psychiatrie
DESCOTES	Chirurgie générale
JOUVET	Pathologie expérimentale
PEYRIN	Physique biologique
TOMMASI	Anatomie pathologique
BUFFARD	Electro-radiologie
LEJEUNE	Médecine générale et thérapeutique
de MOURGUES F.	Stomatologie
NAUSSAC	Maladies infectieuses
REBOUILLAT	Chirurgie générale
ROMAGNY	Pédiatrie
DELAHAYE J.P.	Médecine générale
DELEUZE R.	Anesthésiologie
GIRAUD M.	Electro-radiologie diagnostic et thérapeutique
MICHEL	Anesthésiologie

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES STAGIAIRES

DUROUX	Anatomie
BRETTE	Thérapeutique
BOUCHET	Anatomie
FAVRE-GILLY	Hématologie
GIROD	Histologie et embryologie
GRAS	Chimie biologique
MALLEIN	Chimie analytique
RIFFAT	Hygiène
FAUCON	Biologie médicale et pharmacodynamie
FLANDROIS	Physiologie
VIALLIER-RAYNARD	Bactériologie

AGREGES EN EXERCICE

MM.	BURTHIAULT	Obstétrique
	FRANCOIS	Pédiatrie et puériculture
	GIGNOUX	Oto-rhino-laryngologie
	GUILLEMIN	Chirurgie générale
	JAUBERT de BEAUJEU	Chirurgie générale
	MARION Pierre	Chirurgie générale
	PEAUCHU	Médecine générale
	PONT	Médecine générale
	SAUTOT	Chirugie générale
	TRAEGER	Médecine générale
	VIGNON	Médecine générale
	BONAMOUR	Ophtalmologie
	COLIN	Médecine légale
	COLOMB	Dermatologie
	de MOURGUES Georges	Chirurgie générale
	DEVIC	Médecine générale
	DUMONT Martial	Obstétrique
	DURAND	Urologie
	FRANCILLON	Chirurgie générale
	SAUBIER	Chirurgie générale

MM.	SCHOTT	Neuro-psychiatrie
	ALLEGRE	Neuro-chirurgie
	CHASSARD	Electro-radiologie
	FAYSSE	Orthopédie
	GAILLARD	Oto-rhino-laryngologie
	GARDE	Médecine générale
	HUGONNIER	Ophtalmologie
	KALB	Pneumo-phtisiologie
	LARBRE	Médecine générale
	MARET	Chirurgie générale
	MORNEX	Médecine générale
	NORMAND	Médecine générale
	PERRIN André	Médecine générale
	BETHENOD	Pédiatrie et puériculture
	DUMAS	Stomatologie
	FRIES	Médecine générale
	GARMIER	Obstétrique
	LAMBERT	Médecine générale
	MICHOULIER	Chirurgie générale
	NOEL	Médecine générale
	ROBERT	Médecine générale
	SCHNEPP	Orthopédie

EXAMINATEURS DE LA THESE

Professeur DECHAUME , Président — Professeur Agrégé BETHENOD M.

Professeur BERTOYE A., Assesseur — Professeur Agrégé ROBERT J.M.

A MES PARENTS ,

qu'ils trouvent ici un bien faible témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde affection.

A MA FEMME ,

elle m'a toujours conseillé, encouragé et stimulé. Son soutien moral a permis la bonne marche de ce travail.

A Annie-Laure Chantal ,
A Aimé-Claude Bazin ,

qu' ils soient bénis .

A MON BEAU-PERE et à la
MEMOIRE DE MA BELLE-MERE,

Avec toute mon affection.
Mes remerciements et
mes bons souvenirs .

A MES SOEURS ,
A MES BEAUX-FRERES,

A TOUS MES AMIS .

A T O U S L E S D I R I G E A N T S

DE L'ORGANISATION MONDIALE

DE LA SANTE.

Vibrant hommage et profonde gratitude.

A M.M.

LE MEDECIN GENERAL J. GALIACY

et LE PROFESSEUR AGREGE THIVOLET

Avec tous nos remerciements
et sincère reconnaissance .

A Madame B E R G E R ,
Secrétaire Générale de l'Accueil aux
Etudiants Etrangers .

Nos meilleurs souvenirs .

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur D E C H A U M E ,

Professeur de Clinique Neuropsychiatrique
et Hygiène Mentale.
Médecin des Hôpitaux.

Nous le remercions de l'accueil bienveillant qu'il nous a réservé lorsque nous avons sollicité l'honneur de le voir président de notre Jury.

Que sa conscience professionnelle, son dévouement et sa bonté nous servent d'exemple dans l'exercice de notre profession.

Qu'il soit assuré de notre profonde gratitude et de notre respectueuse admiration.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

—

Monsieur le Professeur A. BERTOYE
Médecin des Hôpitaux

Il nous a accueilli dans son Service de Pédiatrie.

Il nous a fait profiter de son enseignement.

Il est pour nous un père et un véritable Conseiller spirituel.

Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance et de notre respect .

Monsieur le Professeur Agrégé M. BETHENOD
Médecin des Hôpitaux

Nous le remercions vivement d'avoir accepté avec bienveillance , bien que n'ayant pas été son élève , de nous juger sur ce travail qui intéresse autant les Pédiâtres que les Neuro-psychiâtres, les Psychologues et les Educateurs.

Qu'il soit assuré de notre sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur Agrégé J.M. ROBERT

Il s'est particulièrement intéressé à notre travail et nous a apporté des éléments très intéressants sur les facteurs génétiques de débilité mentale.

Il a accepté avec beaucoup d'amabilité de nous juger sur ce sujet.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre gratitude.

A Monsieur le Docteur C. K O H L E R
Neuro-psychiâtre Infantile

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et l'a dirigée.

Il nous a apporté avec patience et bienveillance une aide immense.

Son soutient nous a été très réconfortant.

Il nous a appris à connaître l'esprit du malade et nous donné l'exemple de son dévouement et de sa bonté.

Qu'il trouve ici notre profonde reconnaissance et notre admiration sans limites.

A Mademoiselle le Docteur M.M. ROCHE
et à Madame C. KOHLER

Leurs travaux préparatoires de dépouillement et de mise en ordre ont considérablement facilité l'étude des dossiers étiologiques des Débiles mentaux.

Nous les remercions sincèrement.

A Mademoiselle le Docteur CONVERS , à Madame la Directrice Mme MARTIN ,
A Monsieur le Docteur Paul RIONDET , à Mademoiselle TAILLEFER
à Mademoiselle DURAND , Assistante sociale ,

Qui nous ont permis le dépouillement d'une série parallèle de dossiers d'adolescents normaux.

Qu'ils soient assurés de notre profonde reconnaissance.

A Madame DUBOST
Secrétaire de l'O.L.P.P.R.
et à Mlle PELOSSON
Assistante sociale .

Qui nous ont acceuilli fort aimablement à l'Institut médico-professionnel de l'Oeuvre Laïque de Perfectionnement du Rhône.

A tous nos Maîtres de Psychologie
de la Faculté des Lettres et des Sciences Humaines.

Leur enseignement nous a été précieux.
Nous les en remercions très sincèrement .

A Monsieur J. G U I L L A U M I N
Chef de Travaux à la Faculté des Lettres et
Sciences Humaines .

Ses conseils nous ont facilité la compréhension de certains aspects psychologiques de notre sujet.

Nous l'en remercions
très cordialement.

PREMIERE PARTIE

AVANT PROPOS

I

I N T R O D U C T I O N

- Si les praticiens de santé mentale éduquaient les parents ,

- Si les parents s'occupaient de leurs enfants,

- Si les enfants étaient aidés par les Autorités , et

- Si les Autorités collaboraient avec les spécialistes de santé mentale ,

La déficience mentale ne serait plus un problème écrasant ; la charge des parents et de la société en serait allégée ....

Bien qu'on en parle peu , la débilité mentale existe et pose un problème grave. Celui-ci n'est pas seulement affaire des Neuro-psychiâtres ou des Psychologues , des Institutions charitables mais aussi des familles infortunées , et de nous tous.

La déficience mentale héréditaire , et plus encore, la déficience mentale acquise , se retrouvent chez les enfants de toutes les couches sociales. Les séquelles d'une encéphalite peuvent détruire le cerveau du fils du médecin aussi bien que celui du fils du cultivateur ; l'alcoolisme parental est aussi nocif à l'intelligence du fils de l'ingénieur qu'à celle du fils du " manoeuvre - balai ".

Ce tribut que toute famille peut payer est connu de longue date dans les pays bien"structurés", dotés des organismes de dépistage et de soins médico-pédagogiques. Par contre , dans nos pays d'Afrique, le retard scientifique n'a pas permis de poser ce problème. On semble l'ignorer ou négliger son importance et son urgence.

Quoi qu'il en soit, nous ne devons pas perdre de vue que si les mesures appropriées ne sont pas prises, nous nous trouverons très vite en face d'une population comportant un pourcentage très lourd de débiles mentaux (D.M.). En effet, notre Société évolue à pas de géant, le monde du travail évolue parallèlement. La Société contemporaine exige beaucoup plus des individus Le plus souvent, ces derniers n'y ont été préparés en aucune manière. Conséquence, le budget familial devient difficile à équilibrer, la famille est ébranlée par l'accélération générale du rythme de vie et la complexité des tâches à assumer créant des agitations, des angoisses, des anxiétés ou des dépressions . Toutes ces situations pertubent le psychisme de l'enfant. Or ce dernier est soumis d'autre part à un programme scolaire rigide distribué par un personnel enseignant lui-même souvent en difficulté.

Nombre d'élèves renvoyés de l'école ne sont que des D.M. lesquels, si on n'en prend pas garde, risquent de devenir des "délinquants juvéniles" qu'on reconnaîtra facilement sous une forme ou une autre (blousons

noirs, Nozems , Raggare, Teddy-boys, Halbstarke, Stiliagi, Kompani-Kitunga, Lederjaken..).

Alors qu'en Afrique nous n'avons pas encore tracé nos chemins de dépistage, en Europe et en Amérique les méthodes de diagnostic sont très efficaces. Mais tout comme pour le Cancer, la lutte est d'autant plus inégale que dans beaucoup des cas, les causes de déficience intellectuelle nous sont inconnues ou dépassent nos possibilités de cure radicale.

Bien que nos méthodes de diagnostic ne soient pas encore très satisfaisantes dans le domaine neuropsychiatrique et psychologique , il appartient aux spécialistes et aux médecins africains de faire comprendre l'ampleur et l'urgence du problème au grand public et aux autorités responsables. Parallèlement à leurs confrères des pays étrangers, ils doivent intensifier leurs méthodes de dépistage .Celui-ci consiste , non seulement à découvrir les débilités mentales, mais aussi et surtout à essayer de mettre en évidence les causes de celles-ci afin de tenter des cures ou thérapeutiques bien appropriées.

C'est pourquoi de nombreux chercheurs se sont consacrés à cette étude des causes de déficience mentale. Les méthodes utilisées sont très différentes selon qu'il s'agisse du psychologue ou du neuropsychiâtre. Dans chacune de ces deux catégories de chercheurs on reconnaît plusieurs écoles.

Les psychologues qui ne voient dans leur cabinet que des débiles légers sont tentés de les étiqueter "idiopathiques ou essentielles" SPITZ et ses disciples portent l'accent sur les facteurs psychologiques lourds de conséquence tels que la carence de soins maternels.

Les Neuropsychiâtres eux aussi sont divisés : l'école soviétique soutient que toutes les débilités mentales sont en rapport avec une atteinte cérébrale organique ; les écoles françaises, anglaises et américaines sont plus éclectiques et distinguent plusieurs facteurs générateurs de débilité mentale.

Si notre étude n'apporte pas d'élément nouveau sur l'étiologie de débilité mentale, elle nous permettra toutefois de contrôler telles affirmations, de confirmer ou d'infirmer tel ou tel élément étiologique. En tout cas, notre enquête dégagera la cause la plus importante de débilité mentale dans la collectivité où sera pris notre échantillon d'étude comparative.

Ainsi donc, par induction, nous nous ferons une idée assez exacte des causes sur lesquelles l'accent doit être porté et des possibilités de les combattre.

I I

H I S T O R I Q U E

Comme nous l'avons dit dans notre introduction, il y a toujours eu des déficiences intellectuelles. Nos ancêtres n'en furent pas exempts. Mais le problème n'était pas aussi brûlant et criant qu'actuellement. En effet, les enfants d'autrefois vivaient dans une Société qui n'exigeait pas beaucoup d'eux; les D.M. pouvaient s'intégrer assez facilement dans une société à structure paysanne et patriarcale. C'est encore le cas de certains pays actuels, techniquement retardés, où les D.M. mènent une vie quasi normale.

Ce sont les déficiences intellectuelles profondes qui attiraient l'attention des gens, même des profanes. C'est ainsi que PINEL au début du XIX ème siècle parlait déjà d' "idiotie" qu'il confondait avec la démence. Il a fallu attendre ESQUIROL pour définir ces deux termes dans le Dictionnaire des Sciences médicales (I8I8) : " L'homme en démence est privé des biens dont il était comblé ; c'est un riche devenu pauvre. L'idiot, lui, a toujours été dans l'infortune et la misère ". Esquirol ne s'arrêta pas à sa célèbre définition , il tenta une classification de ces déficits d'après leur parole :

- premier degré de l'imbécilité : parole libre et facile ,
- second degré de l'imbécilité : parole moins facile, vocabulaire plus circonscrit ;

- premier degré de l'idiotie : mots et phrases très courts,
- second degré de l'idiotie : monosyllabes et cris ,
- troisième degré de l'idiotie : mutisme complet.

Sur le plan pédagogique , ITARD mérite d'être le premier cité car il est à la base d'une Théorie philosophique sur l'éducation des arriérés. Se référant au système élaboré par CONDILLAC (la comparaison de la statue), Itard entreprit l'éducation d'un jeune garçon capturé , hirsute, nu et sans langage humain, dans les Cévennes. Mais hélas, cette entreprise s'avéra un échec. Néanmoins , son manuel (De l'éducation d'un homme sauvage,Paris,I80I) est d'une valeur historique et peut être considéré comme le premier livre sur la rééducation des arriérés.

En Suisse, PESTALOZZI entreprit le sauvetage de petits malheureux dont un bon nombre devaient être des déficients. Dans la même voie FRÖBEL mettait au point sa méthode d'éducation"active".

En France, Edouard SEGUIN , un instituteur, tenta d'éduquer les " idiots " de Bicêtre. En I846 il écrivit son livre, "Traitement moral, hygiène et éducation des idiots". Mais son oeuvre se solda par un échec. Il lui fallut partir aux U.S.A. pour y devenir célèbre.

C'est aux psychiâtres , tels que BOURNEVILLE, que nous devons beaucoup de reconnaissance. Bourneville se référant aux tentatives de son ami Seguin, parvint à déterminer le matériel éducatif, les directives pédagogiques les vues sur la psychologie des arriérés. Ses méthodes ne sont pas encore périmées ; on s'en sert jusqu'aujourd'hui.

A l'aube du XXème siècle, deux chercheurs vont révolutionner nos conceptions concernant la psychologie des enfants déficients intellectuels. Il s'agit de A. BINET et Th. SIMON, qui, étant partis d'abord de l'idée d'une relation possible entre la circonférence crânienne et le degré d'intelligence des pensionnaires adultes de Perray-Vaucluse, aboutirent à dresser une "échelle

d'épreuves (ou tests) qui traduisait les écarts d'intelligence entre adultes arriérés ".

Ces épreuves furent ensuite distribuées selon l'âge auquel elles étaient réussies (en I905) par des enfants assez divers : enfants de crêches ou de maternelles et surtout d'écoles primaires. Partant de résultats obtenus par ces tests gradués selon l'âge, Binet et Simon sont arrivés à déterminer les niveaux intellectuels des arriérés adultes et à définir l'idiotie, l'imbécilité profonde et légère par les niveaux respectifs de 2, 3, et 7 ans. Plus tard seulement ils définirent la"débilité mentale" dont le plafond d'intelligence atteint dix ans. Ces deux auteurs ont toujours refusé de faire un pronostic sur la débilité mentale ; c'est ce que Binet déclarait en I949 encore (Bulletin de la Société A.Binet ,IV, 49): " Nous avons longtemps refusé de nous prononcer sur la signification des retards rencontrés. Refusé de nous prononcer, c'est à dire de conclure de ces retards à ce que l'enfant était plus tard susceptible de devenir".

Vint alors, en I9I2, un psychologue allemand STERN qui chercha une catégorisation et abouti à une schématisation. Il calcule le rapport entre l'âge mental et l'âge civil exprimé en mois. Ainsi était défini le " quotient intellectuel " (Q.I.). Stern admettait que le Q.I. avait une valeur constante pour un sujet donné, permettant ainsi de prévoir sa place dans l'échelle de l'intelligence des années plus tard...

Actuellement on sait que les Q.I. baissent à mesure que l'âge s'élève, et que ce sont les Q.I. élevés qui baissent le plus. Il y a là une notion capitale dans l'étude des enfants arriérés et qui se trouve apparemment en contradiction avec celle qui considère le Q.I. comme une véritable constante individuelle.

En fait, on peut considérer le Q.I. comme indiquant réellement le rapport des vitesses de développement physique et mental, mais avec des précisions et restrictions qu'on finit par oublier dans la pratique courante.

A partir de ces éléments relativement simples, on est parvenu à un degré de complexité souvent extrême au fur et à mesure que les chercheurs s'avançaient sur la voie ouverte par Binet et Simon.

Quant à la valeur de tests utilisés chez les déficients intellectuels, on sait les divergences de vues entre psychologues ,instituteurs et psychiâtres. On commence même à voir les administrations et le public non spécialisé émettre des opinions à leur sujet.

En I904, l'Américain SPEARMAN avait introduit en psychologie l'analyse factoriel. Partant de l'idée qu'une corrélation positive entre deux tests implique l'existence d'un facteur commun à ces deux tests, le facteur G, et de facteurs spécifiques à ces deux tets, il a établi une "équation tétrade" qui permet de mettre en évidence la saturation des tests en "G" et leur valeur. Ce facteur G a été assimilé par Spearman à l' "énergie mentale".

L'échelle d'âge mental de Simon et Binet n'étant que comparative et ne fournissant pas de niveaux proprement quantitatifs, YERKES, puis THORNDIKE se sont efforcés d'établir une graduation qui représente par un chiffre la hauteur du niveau mental. Chaque enfant par exemple est soumis à un même ensemble d'épreuves, chacune d'elles étant côtée et la maximum de points recueillis au total étant de I00.

Dans la vaste entreprise de dépouillement statistique de Thorndike, qui se base sur la répartition en cloche de Gauss des niveaux d'intelligence (fait montré depuis longtemps par Terman), on arrive à des résultats assez troublants : l'intelligence de l'homme supérieur n'est même pas deux fois plus haute que celle d'un imbécile profond, et à l'âge de 3 ans l'individu moyen a déjà parcouru les 2/3 de sa croissance intellectuelle. C'est qu'aussi bien nous retrouvons ici l'idée de Rey, et Thorndike a raison de dire qu' il faut considérer non plus le "level"(°) mais l'"area" (l'étendue) de l'intelligence ... et, nous dirons " sa différenciation, la puissance de développement de ses facultés " (brightness).

(°) "level" (niveau)

De son côté Zazzo rectifia les niveaux fournis par l'échelle de B.S.

Pour leur part, les éducateurs approfondissaient le problème de déficience mentale dans une perspective pratique.

En Italie, MARIA MONTESSORI codifie les méthodes d'éducation.

En Belgique, O.DECROLY publie "Classification des arriérés " (I909), "Traitement et Education des enfants arriérés" (I925).

En France, M.GUILMAIN édifie des méthodes pédagogiques qui ont déjà donné de bons résultats au sein des "classes de perfectionnement" crées par une loi de I909.

La création des Instituts médico-pédagogiques est à la base de progrès dans le domaine de placement et d'utilisation des débiles mentaux.

Mais à notre avis, le problème de déficience intellectuelle ou de débilité mentale ne peut pas être résolu sans se pencher sur les recherches de l'étiologie. Il faut trouver la cause pour supprimer le mal, dit-on.

Fort heureusement, depuis 30 ans, grâce à la naissance de la Neuropsychiâtrie Infantile, on dispose d'un jet de lumière sur l'étiologie , le support anatomique et les méthodes thérapeutiques de débilité mentale . Même les moyens diagnostiques viennent de connaître un essor considérable avec l'électro-encéphalographie par voie lombaire. En thérapeutique, l'utilisation d'agents chimiques comme l'acide glutamique ou de procédés comme la diélectrolyse transcérébrale, constituent une arme efficace vis-à-vis des déficiences intellectuelles.

Sur le plan étiologique, hommage doit être rendu aux généticiens qui, après PENROSE, éclairent mieux la place des facteurs héréditaires. Dans cette voie plusieurs enquêtes sont entreprises en Grande-Bretagne en I904 et I924 sous la direction de E.O.LEWIS et en France de I942 à I944 sous le patronage de G. HEUYER.

Actuellement, plusieurs gouvernements ont compris l'ampleur du problème. Les travaux sont entrepris pour améliorer les conditions des déficients. En Angleterre ce sont les " Mental deficiency acts " de I9I2 et de I927 qui se penchent sur ce problème. Aux U.S.A., en I96I, le Président K E N N E D Y lui-même a entrepris une vaste campagne pour essayer de résoudre le problème de l'arriération mentale. En France, la Loi Cordonier, l'Aide sociale et la Sécurité sociale ont beaucoup fait pour les déficients.

Quoi qu'il en soit, le problème n'est pas encore résolu dans son entierté. C'est pour cette raison qu'on peut comparer la lutte contre la déficience mentale à la lutte anti-cancéreuse.

Cependant, en ce qui concerne l'avenir des débiles mentaux , depuis dix ans, une révolution très encourageante dans le domaine médical ou socio-éducatif nous permet d'avoir des espoirs bien fondés.

En ce qui concerne l'Afrique, certaines personnes non averties, seraient tentées de nous jeter la pierre si nous n'en disions rien. Les motifs de nos réserves sont simples. En effet, comme dans beaucoup de pays sous-développés (techniquement), la psychologie , tout comme la neuropsychiâtrie, sont encore à l'état embryonnaire.

On a essayé à plusieurs reprises de décrire la MENTALITE AFRICAINE, d'évaluer le niveau intellectuel de l'Africain.

Déjà, en I9I2, BENNINGTON R.C. mesure les crânes de I93 Africains du Congo et du Gabon et releva une capacité moyenne de I.375 cm3 pour II2 hommes et de I227 cm3 pour 8I femmes. De son côté VINT F.W. (I934) a trouvé aux Africains du Kenya un poids moyen de I.276 gr. On sait que la capacité moyenne des cerveaux européens indiquée dans le classique manuel de Martin est de I.450 cm3 pour l'homme et I.300 cm3 pour la femme. Mais Vint a précisé que 70% des Africains autopsiés à Nairobi souffraient de cirrhose du foie, d' où la prudence dans les conclusions.

En I934, GARMAN J.A. et ROBERTS M.M.W. ont décrit les Jaluos - tribu nilotique - comme "optimistes, gais, prompts à oublier des torts , heureux d'être heureux, irréfléchis et vivant au jour le jour".

En I938, WILLIAMS a dit au sujet du Noir de la Côte d'Or : " comparé aux races blanches, il semble manquer d'initiative et d'idées constructives ... J' ai constaté assez d'excellentes qualités chez les africains leur bon naturel et leur bonne humeur, leur finesse, leur fidèlité résignée, leur patience dans les dures épreuves ".

En I939, WESTERMANN D. avance que " chez le noir, la pensée émotionnelle, momentanée, explosive , domine.. la subordination à des motifs d'excitation des influences et des stimili externes est un signe caractéristique de la mentalité primitive... L'intérêt que l'Africain attache aux choses n'est pas académique. Elles l'intéressent pour autant qu'elles lui sont utiles. Le motif de ses actes est avant tout d'ordre social, non pas individuel..."

En I943, RITCHIE J.F. écrit : "Le Noir introjette tout le bien de l'extérieur et projette tout le mal de l'intérieur".

Les chercheurs français ont eu le mérite d'avoir été les premiers à tenter de redresser la carte , jusqu'alors inexistante, des ondes cérébrales de l'Africain normal. Avant I949, on semblait avoir admis tacitement que les E.E.G. chez les populations africaines coïncidaient avec ceux observés en Europe.

C' est encore en I949, et ensuite en I95I, que, GALLAIS, MILETO, CARRIOL et BERT, comparant les résultats d'E.E.G. de IOO soldats africains normaux et ceux de 3.000 Européens examinés par GIBBS, auraient trouvé des anomalies chez I3% des Européens et 58% des Noirs.

Par contre, COLLOMB, en I953, trouve des tracés électro-encéphalographiques identiques chez les militaires africains et européens.

Récemment, de nombreux éducateurs ont tenté de définir le psychisme du jeune écolier africain. A Brazzaville, impulsivité et instabilité seraient les traits dominants du profil psychologique du jeune africain. Son intelligence est vive, son attention est spontanée, mais l'effort soutenu lui est difficile. L'enfant serait avide de copier les habitudes extérieures de la société urbaine.(Colloque de Brazzaville. 8, I3-I2-I952).

En I952, CAROTHERS affirme qu' " au Kenya il n'est possible de distinguer de différences fondamentales d'intelligence entre l'enfant africain et l'enfant européen. La diététique et surtout le milieu expliqueraient seulement des différences individuelles ". Parlant de l'Africain en général, ce même auteur avançait, en I954, que " les Africains aiment la conversation et la discussion, et leurs moyens d'expression sont souvent si puissants que la trivialité essentielle, l'inconséquence ou la fausseté du thème qu'ils développent sont dissimulées. Ils sont souvent des linguistes doués. La musique et la danse jouent un rôle important dans leur vie ".

A Fort-Archambault, le R.P. DALMAIS estime que la psychologie des enfants de II à I4 ans est sensiblement la même sur tous les continents ; celle du jeune africain subit simplement l'influence de son milieu social particulier, aucun facteur biologique racial ne peut être invoqué. Le Jeune Noir lui, paraît avoir une tournure d'esprit concrète ; il fait travailler sa mémoire plus que sa compréhension, les concepts abstraits lui seraient difficiles à assimiler..." (C.I.E. I953, 329-333).

En I960, Les Docteurs SANKALA M. et PENE P. avançaient qu' au Sénégal, et en particulier à Saint-Louis, l'écolier ou le lycéen africain , ne diffère pas de son camarade européen.

Il découle de toutes ces affirmations, pour la plupart gratuites, voire contradictoires, que rien de très positif et de concluant n'a été réalisé dans le domaine de la psychologie africaine. Une franche collaboration

entre les spécialistes autochtones et étrangers faciliterait cette tâche .

A notre avis, les caractères intellectuels et la psychologie du jeune africain sont fonction du milieu dans lequel il vit et ne dépendent certainement pas d'un facteur racial...

Alors que sur le plan psychologique les efforts des chercheurs sont rarement couronnés de succ ès, en psychopathologie par contre, l'hommage est rendu aux psychiâtres d'Afrique. Leurs réalisations dans le domaine psychiatrique sont assez fructueuses.

Cependant, les Services de Santé mentale et le personnel spécialisé sont très insuffisants dans la plupart des pays d'Afrique ; ceci est très inquiétant, d'autant plus que le taux des malades mentaux ne cesse de s'accroître.

Le diagnostic est souvent difficile à établir pour plusieurs raisons :

- La Médecine européenne est considérée par l'indigène comme suspecte.
- Le malade, ou l'entourage, est méfiant à l'égard de l'examinateur; la méfiance est d'autant plus accusée que le médecin se sert d'interprète ou parle difficilement la langue du malade.
- L'histoire exacte de la maladie est très difficile à obtenir.
- Très souvent le médecin est consulté longtemps après le début de la maladie ; plusieurs drogues ont été déjà tentées par le guérisseur.
- Selon CAROTHERS, le diagnostic est d'autant plus difficile qu'on ne dispose pas pour l'Africain de tests d'intelligence reconnus ou bien normalisés.

Malgré toutes ces difficultés, nous reconnaissons que les psychiâtres arrivent à établir des diagnostics dans beaucoup des cas.

En thérapeutique, on parvient, bien que difficilement, à instituer un traitement biologique, voire même neuro-chirurgical, et à utiliser les méthodes ergothérapiques. Mais les difficultés sont actuellement insurmontables lorsqu'il s'agit d'une psychothérapie pure, et, plus spécialement, d'une psychanalyse. Le Docteur MAIRLOT a eu raison de dire que "la psychanalyse comme moyen thérapeutique nous paraît prématurée car le symbolisme de l'Africain nous est encore inconnu ". (Séminaire sur la Santé mentale en Afrique du Sud du Sahara. - Brazzaville, I958).

III

D E F I N I T I O N S

Avant de nous plonger dans le "bain" de notre étude, il importe de définir certains termes et faire la part des choses en montrant les différents degrés de déficiences intellectuelles.

D'office, nous éliminons de notre étude toute déficience intellectuelle profonde : idiotie et imbécilité. Nous avons toutefois l'obligation d'en donner une brève définition.

Alors que les limites frontières ne sont pas nettes entre le degré le plus bas de déficience intellectuelle, l'idiotie et la catégorie immédiatement supérieure des imbéciles, la ligne de démarcation est par contre bien tracée entre la débilité mentale et l'imbécilité.

L'idiotie et l'imbécilité sont considérées comme des déficiences profondes. Elles présentent des anomalies physiques et psychophysiologiques très importantes . C'est ainsi qu'elles remplissent les hôpitaux psychiatriques.

I - IDIOTIE :

Sans trop entrer dans le détail du problème, on nous permettra

de définir l'idiotie. Etymologiquement, l' "idiot", c'est le "particulier" , le "solitaire".

Pour BINET et SIMON, "est idiot tout enfant qui n'arrive pas à communiquer par la parole avec ses semblables, c'est à dire , qui ne peut ni exprimer verbalement sa pensée, ni comprendre la pensée exprimée par les autres, sans qu'un trouble de l'audition ou des organes phonateurs explique cette pseudo-aphasie, qui est entièrement due à une déficience intellectuelle".

Aux Etats-Unis, c'est le quotient intellectuel qui caractérise l'idiot, il est inférieur à 25.

En Grande-Bretagne, le "Mental Deficiency Act de I927" les définit : " Personnes présentant un déficit mental tel qu'elles sont incapables de veiller à leur propre sûreté dans la vie courante".

2. - IMBECILITE

Etymologiquement : imbecilis : faible, sans aide.

L'imbécile se situe au-dessus de l'idiot puisqu'on peut lui apprendre les gestes élémentaires de sécurité personnelle, il n'arrive jamais à accomplir comme le débile des tâches lui permettant de contribuer valablement à sa subsistance.

BINET et SIMON l'avaient défini : " Est imbécile tout enfant qui n'arrive pas à communiquer avec ses semblables, c'est à dire qui ne peut pas exprimer sa pensée par écriture, ni lire l'écriture ou l'imprimé, ou plus exactement comprendre ce qu'il lit, alors qu'aucun trouble de la vision, ni aucune paralysie motrice du bras n'explique la non-acquisition de cette forme de langage, qui est due à une déficience intellectuelle".

Aux Etats-Unis, on classe dans cette catégorie les enfants dont le quotient intellectuel est compris entre 26 et 49.

En Grande-Bretagne, le "Mental Deficiency Act de I927" les définit "personne présentant un déficit mental qui, sans atteindre l'idiot, est cependant assez prononcé pour les rendre incapables de pourvoir à leur entretien ou à celui de leurs affaires ou, dans le cas des enfants, d'apprendre à le faire.

C'est à juste titre que C.KOHLER considère cette définition comme moins satisfaisante que celle des idiots. Mieux vaudrait dire : l'imbécile est incapable de gagner sa vie, mais a une capacité sensiblement normale d'auto-protection. C'est à dire que la nécessité d'une protection ne se justifie pas.

3 - DEBILITE MENTALE :

De nombreux auteurs se sont efforcés de définir la " d é b i l i t é m e n t a l e ". Les définitions sont diverses selon le point de vue du Psychologue, du Pédagogue ou du Psychiâtre.

Alors que les idiots et les imbéciles sont le plus souvent neurologiquement ou morphologiquement handicapés, attirant ainsi l'attention même des gens non prévenus, les débiles par contre sont très souvent exempts d'anomalies physiques, leurs parents ne s'en aperçoivent que tardivement , généralement au moment de leur scolarisation.

Dès I908 Binet et Simon considéraient comme débiles mentaux les écoliers présentant un retard scolaire de deux ans - s'ils ont moins de 9 ans - et de 3 ans - s'ils ont plus de 9 ans - à condition qu'il n'y ait pas eu insuffisance de scolarité.

Binet et Simon, et récemment ROBIN ne considéraient pas avec

une rigueur mathématique des tests utilisés. C'est pourquoi ils nous recommandent d'interprêter les résultats en tenant compte d'une sorte de plasticité psycho--organique qu'une thérapeutique active peut modifier. C'est dans cet ordre d'idée que TERMAN avait proposé une échelle plus souple :

80 à 90 = lenteur d'esprit rarement assimilable à la débilité;
70 à 80 = zone marginale d'insuffisance comprenant quelquefois des cas de lenteur et plus souvent des cas de débilité;
70 = frontière inférieure de la normalité : arriération mentale vraie au-dessous ;
50 à 70 = débilité mentale (forte, moyenne, légère).

Toutefois, nous risquons de commettre des abus si nous nous tenons à cette notion de quotient intellectuel (Q.I.), car entre les enfants "normaux" et les "arriérés" la zone frontière est indécise et l'on ne saurait finalement retenir une valeur définie du Q.I. comme caractéristique du début de la débilité mentale. Cette position a été bien défendue par PEARSON et JAEDERHOLM par une étude comparative des Q.I. de 26I élèves considérés comme normaux et 30I enfants anormaux. Ils sont arrivés à conclure qu'on ne doit pas se limiter à l'évaluation du"niveau mental" pour apprécier l'insuffisance intellectuelle moyenne ou légère.

La définition de CHASLIN est restée historique et est encore d'actualité. La débilité mentale dit-il est " un certain genre de fausseté de jugement s'exerçant quel que soit le degré des acquisitions intellectuelles".

MICHAUX et DUCHE donnent une définition quantitative et qualitative de la débilité mentale. Quantitativement un débile mental est un individu dont le niveau mental ne dépasse pas 9 à IO ans". Sous cet angle ils sont disciples de Binet et Simon. Qualitativement ils adoptent la conception de CHASLIN qui a concrétisé il y a IO ans le terme de niaiserie et englobe dans cette catégorie des sujets de niveau mental inférieur à IO ans. Il existe chez

le débile mental une dispersion tout à fait caractéristique du rendement des différentes fonctions intellectuelles et c'est ce déséquilibre même qui est caractéristique. Manquant parfaitement de sens critique , en particulier de lui-même, le débile mental (D.M.) est vaniteux, susceptible et souvent d'une obséquieuse niaiserie. Sa mémoire est souvent bonne, même hypertrophiée . Sans imagination, ce même malade est capable d'entreprendre passivement des tâches importantes et il est certain, comme le fait remarquer PICHON "qu'il n'est pas de collectivité, si selectionnée soit-elle, où ne se sont introduites une certaine proportion de débiles mentaux".

Aux Etats-Unis d'Amérique, on parle de "m o r o n" (du grec individu manquant de jugement et de bon sens), ce terme correspond à un Q.I. compris entre 50 et 74 et recouvre ainsi les éléments les moins évolués de ce que les Anglais appellent "dullards".

En Grande - Bretagne, le "Mental Deficiency Act" définit les " feeble - minded " (faible d'esprit) comme des personnes présentant un déficit mental, qui, sans atteindre l'imbécilité, est cependant assez prononcé pour exiger des soins, une surveillance et un contrôle tant pour leur protection que celle d'autrui, ou, dans le cas des enfants, pour rendre évident qu'ils sont définitivement inaptes, du fait de ce déficit, à tirer un bénéfice réel de la scolarité ordinaire.

La Commission française de Nomenclature des Jeunes Inadaptés , parallèlement à la définition anglaise arrive à la conception suivante :
" Le débile léger ou simple est un sujet dont l'infériorité intellectuelle est assez légère pour être méconnue de l'entourage et pour que le clinicien qui la soupçonne doive recourir à des procédés spéciaux pour la démontrer et l'évaluer. En ce qui concerne l'intelligence on signale chez lui un ensemble de traits qui cractérisent la structure de la pensée enfantine avant 9-IO ans: prédominance des fonctions d'acquisition sur les fonctions d'élaboration ; prédominance de la pensée sensu-actorielle, c'est-à-dire concrète et pratique sur la pensée ligui-spéculative, égocentrisme, difficulté à se placer au point

de vue d'autrui et à prendre conscience des opérations de sa propre pensée. Au point de vue caractériel on peut noter l'instabilité de l'attention, le défaut de jugement et d'autocritique, la crédulité et la suggestibilité ,la vanité, l'opposition et l'entêtement , l'irritabilité."

C.KOHLER, se basant sur son expérience personnelle estime que cette définition est incomplète car on a oublié deux éléments : générateurs de difficultés supplémentaires pour le contact avec le monde extérieur et pour le problèmes d'orientation professionnelle. Nous voulons parler, dit-il, des troubles de la parole et du langage (parlé et écrit) et des déficits ou des perturbations de la motricité (maladresse gestuelle, syndrôme de"débilité motrice" vraie d'A.COLIN).

Du Canada, nous retiendrons la définition de GERARD BARBEAU de Montréal qui dit que " le vrai déficient mental n'est ni paresseux, ni un instable, ni un enfant mal élevé, c'est un élève marqué dans sa constitution même. Dans les choses de la vie, devant les problèmes de l'école, il fournit un rendement médiocre non parce qu'il est malade, non parce qu'il n'aime pas l'école mais parce que de façon irrémédiable, il est moins doué". L'état de déficience mentale est incurable (Déficience mentale-Problème social).

Sur le plan pédégogique, il distingue :

- les déficients éducable - non éducables - et surhandicapés.

-- Est déficient éducable, tout élève qui, à un test certain et valide, examen administré par un spécialiste et dans des conditions requises obtient un Q.I. variant de 50 à 80.

-- Est déficient non éducable ou "débile mental" un enfant possédant un Q.I. inférieur à 50 mais dont l'état physique ou la structure de personnalité l'empêche de donner son plein rendement et de bénéficier de l'éducation spéciale.

-- Est déficient mental surhandicapé, l' enfant chez qui, à l'état de déficience s'ajoute un autre handicap majeur (cécité, surdité, paralysie quasi totale).

Cette définition de Barbeau ne nous satisfait pas. Au déficient non éducable est réservée l'appellation de débile mental en lui attribuant sévèrement un Q.I. inférieur à 50. Veut-il dire qu'un débile mental ne peut pas dépasser 50 ? Utilise-t-il une échelle qui donne des chiffres inférieurs à ceux que nous connaissons ? Ce qu'il appelle déficient éducable correspondrait-il à ce que TERMAN appelle lenteur d'esprit rarement assimilable à de la débilité ? Barbeau n'a-t-il jamais rencontré de débiles qui sont essentiellement " des instables" ? Sur ce dernier point VERMEYLEN lui répondrait.

VERMEYLEN (I929) a étudié sérieusement le problème de débiles mentaux. Il nous a tracé le chemin d'une description très valable en décrivant deux types de débiles , l'harmonique et le dysharmonique. Son étude repose sur l'emploi d'une batterie de I5 tests visant les fonctions d'acquisition et d'exécution.

Les débiles dysharmoniques :

Vermeylen englobe dans cette catégorie les s o t s , les i n s t a b l e s et les é m o t i f s dont les Q.I. sont nettement caractéristiques.

a) Les s o t s : sont caractérisés par leur crédulité extrême, le manque d'autocritique, la vanité qui est énorme, la faconde et la bonhomie qui sont excessives. Collin avait retrouvé (I920) ce type d'individus et insisté sur leur "impossibilité de réflexion et leur absence totale d'intérêt".

Le manque d'intérêt est en effet un des éléments qui conditionnent les autres aspects de la vie psychique des jeunes sots. Sur le plan affectif d'abord , leur e u p h o r i e habituelle marque en réalité une absence de "tonus mental" qui le fait se rebuter devant la moindre difficulté sans récrimination ni regret.

Sur le plan intellectuel cela se traduit par une"prédilection pour t o u t c e q u i e s t f o r m e l e t a u t o m a t i q u e".

Dans le domaine de l'activité, le sot est incapable d'effort soutenu. Il ne peut pas vaincre une difficulté. D'après Kohler, c'est parmi les sots que se recrutent la majorité des débiles délinquants ("Les Déficiences intellectuelles chez l'Enfant " p.I06).

b) Les I n s t a b l e s : Alors que les sots sont flegmatiques, naturellement inertes et impassibles, les instables sont caractérisés par "le manque de cohérence dans la conduite, de stabilité dans les tendances, de suite dans les idées qui sont l'évolution normale de l'enfant à partir de 7 ans".

Vermeylen les a individualisé dans ses courbes par leur perception très rapide mais superficielle, l'épuisement rapide de leur attention, la prédominance des intérêts ludiques dans leur activité qui leur font réussir des tests d'habilité et de combinaison et échouer aux épreuves de piquage et de pointage.

Leur aspect extérieur est caractérisé par leur vivacité, leur turbulence très gênante. C'est ainsi que Kohler les qualifie de "curieux sans être attentifs, intéressés sans fixer leur intérêt ". L'égocentrisme et les manifestations auto-érotiques sont très patents.

c) Les E m o t i f s : Cette catégorie est considérée par Vermeylen comme une "transition entre les formes dysharmoniques de la D.M. et les formes harmoniques". En effet, dit l'auteur, leur profil psychologique est moins nettement typique et ne traduit pas aussi nettement ce qui ressort à l'évidence de leur comportement et de leur allure générale.

Les traits prédominants chez eux sont, la syntonie (harmonie avec leur milieu), l'intuition très développée qui est à la base de leurs échecs ou leur réussite dans certains domaines , la tendance à la mythomanie et enfin le tonus affectif très capricieux avec un besoin impérieux d'être aimé.

Les Débiles Harmoniques

Alors que chez les débiles dysharmoniques l'insuffisance intellectuelle s'accompagne d'une courbe mentale très perturbée et d'un comportement déséquilibré facile à repérer dans la pratique médicale courante, les débiles harmoniques eux ne présentent pas autre chose qu'une arriération " globale ". Seuls les tests de niveau peuvent les mettre en évidence. On comprend aisément pourquoi ils sont le plus souvent méconnus dans la vie ordinaire, et que des circonstances un peu exceptionnelles font ressortir (traumatisme affectif personnel, changement de milieu).

Le nombre des "D.M. harmoniques " comme les a appelés Vermeylen ne correspond pas à plus de la moitié des cas, ce qui est dommage, souligne C.Kohler, car ils représentent le terrain de choix pour l'application suivie de mesures médico-pédagogiques rationnelles en vue de les intégrer dans la société.

Cette catégorie a été divisée par Vermeylen en 4 groupes :
- les passifs, les pondérés, les actifs et les puérils.

Les D.M. "puérils", souvent appelés "retardés simples" ou arriérés simples", ont souvent un retard staturo-pondéral bien harmonieux , correspondant à ce qu'on appelle Syndrôme de GRIMBERT. Ils sont caractérisés psychiquement par la spontanéité et la versalité et physiquement par un retard sans dystrophie manifeste.

Quant aux 3 autres aspects décrits par Vermeylen, ce serait multiplier les divisions que de les considérer comme des groupes autonomes. Nous dirons volontier avec Kohler qu'il ne s'agit que de "traits de caractère semblables à ceux des enfants intellectuellement normaux."

Leur résonnance intime, pour utiliser les termes de RORSCHACH,

n'est pas tellement différente des enfants normaux. L' introversion (prédominance des interprétations "mouvements"),l'extratensibilité (prédominance des "couleurs"), l'ambiéqualité (égalité de K et C) et la coartation (bloquage) que Rorschach distinguait chez les normaux se retrouvent aussi chez les débiles mentaux avec une petite différence due surtout à leur insuffisance intellectuelle.

En somme, cette liste des définitions, bien que fastidieuse, nous permet de conclure que les auteurs ne partent pas d'une même base pour définir la débilité mentale. Les uns, comme Binet et Simon s'appuyent sur le retard scolaire selon l'âge de l'enfant ; les autres, comme TERMAN, qualifient de D.M. les enfants dont les Q.I. oscillent entre 50 et 70; d'autres comme VERMEYLEN sont plus analytiques, l'étude de Vermeylen repose sur I5 batteries visant les fonctions d'acquisition, d'élaboration et d'exécution , et arrive ainsi à parler des D.M. harmoniques et dysharmoniques. CHASLIN parlait de "fausseté de jugement".

Différents pays ont tâché de donner un sens à ce terme de débilité mentale, c'est ainsi qu'aux U.S.A. on parle de "moron" dont le Q.I. est de 50 à 74; les Anglais insistant sur la manque total d'autoprotection , de dépendance chez les "feeble minded" (faible esprit); enfin, la définition la plus valable avec quelques additions nous paraît être celle de la Commission française de Nomenclature des Jeunes Inadaptés. Quoi qu'il en soit, toutes ces définitions ont leur valeur : les unes peuvent compléter les autres. Toutes ont un facteur commun : " la personnalité spécifique du D.M." qui comporte une limitation des capacités de compréhension et de jugement , un déséquilibre entre les fonctions d'élaboration et les fonctions d'acquisition , une activité souvent discordante , et enfin, une affectivité souvent déséquilibrée par immaturité ou dysthymie.

D E U X I E M E P A R T I E

E T U D E C O M P A R A T I V E

DES ANTECEDENTS HEREDITAIRES ET PERSONNELS ET DU CONTEXTE

S O C I O - F A M I L I A L

Notre étude repose sur une enquête médico-sociale menée auprès de 400 adolescents dont 200 nous servant d'échantillon.

Ces enfants sont inscrits dans des écoles où ils subissent des examens périodiques. Nous nous sommes servi de leurs dossiers médico-sociaux pour essayer de trouver leurs antécédents héréditaires et personnels d'une part, et étudier le contexte socio-familial d'autre part.

Nous reconnaissons l'incertitude de certains renseignements reçus. Seuls les dossiers de maternité ou les observations hospitalières , les enquêtes des services de police ou d'Assistance à l'Enfance nous auraient permis d'obtenir des renseignements très objectifs et authentiques.

Toutefois, grâce à la collaboration cordiale des Médecins , des Assistantes sociales, des Directeurs des écoles, nous avons pu obtenir le maximum de renseignements présumés authentiques sur les antécédants héréditaires (A.H.) et personnels : soit par l'interrogatoire direct des intéressés et surtout de leurs parents ou collatéraux, soit par les renseignements modestes recueillis au cours de l'enquête sociale, soit enfin par le regroupement des informations fournies par les médecins, les psychologues ou les assistantes sociales de différents services médicaux et sociaux du Département du Rhône (France).

Cependant, on ne peut pas exclure, et nous en demeurons conscients , dans ce travail et au niveau des conclusions que les avis les plus fidèles en apparence aient pu être faussés sur certains points de détail et par des facteurs psychologiques. Il est clair en effet que les spécialistes

qui enquêtent sur les antécédents d'un enfant normal ne recherchent toujours d'emblée que les signes sur lesquels l'attention se porte plus volontier dans l'anamnèse des D.M. ; d'autre part, les parents, source majeure de renseignements, sont fréquemment préoccupés, lorsque l'enfant est D.M., de chercher dans son passé des explications, utiles pour le Médecin et déculpabilisantes, et qu'ils ne songeraient pas à solliciter si leur enfant ne posait aucun problème.

Quoi qu'il en soit, cette étude porte sur un effectif de 400 adolescents dont 200 D.M. soit 95 garçons et I05 filles, inscrits en I957 , I958, I959, à l'Oeuvre Laïque de Perfectionnement du Rhône ; 200 adolescents normaux constituent le groupe témoin, soit 95 garçons et I05 filles. Le manque de dossiers des élèves normaux de la même époque nous a obligé de prendre nos témoins parmi les enfants inscrits à deux Centres d'Apprentissage aux années I959, I960, et I96I.

L'âge réel de ces adolescents varie entre I4 et I7 ans (à la date où les examens ont été subis) : I00% de nos D.M. et 94 des sujets normaux sont nés pendant la deuxième guerre mondiale, 6% seulement de nos sujets témoins sont nés après ladite guerre.

La recherche des quotients intellectuels (Q.I.) n'étant pas systématique chez les élèves normaux, pour apprécier leur niveau intellectuel, nous nous sommes contentés de prendre la moyenne de leurs notes au cours de 3 années d'apprentissage professionnel : "Passable" ou "Assez bien", "Bien ou "très bien". Aussi nous avons trouvé les résultats suivants :

- Chez les garçons, 57% de "Bien" ou "Très bien", 43% de"Passable" ou "Assez bien".
- Chez les filles, 4I,8% de "Bien" ou "Très bien", 58% de "Passable" ou"A.B."

Chez les D.M. la répartition des Q.I. correspondants s'effectue comme suit :

- chez les garçons, 73,6% ont un Q.I. de 60 à 70, et 26,3% de 50 à 60
- chez les filles, 6I% ont un Q.I. compris entre 60 et 70, et 39% entre 50 et 60.

Telle est la population d'adolescents utilisés pour notre étude comparative.

Nous étudierons tous les antécédents ou facteurs de débilité que nous aurons retenus; pour chaque catégorie de facteurs nous regrouperons les dossiers qui s'y rapportent et qui peuvent nous apporter un élément intéressant pouvant montrer l'association ou non des facteurs. Cette façon de concevoir le problème nous mettra à l'abri de toute conclusion qui pêcherait par excès ou par défaut. Les antécédents éthyliques ,par exemple, ne sont pas forcément les seuls facteurs débilitants, une association factorielle est très fréquente.

Par une étude comparative, nous arriverons à exclure de notre liste des causes débilitantes, certains facteurs considérés à tort comme responsables de la débilité mentale.

CHAPITRE I .

F A C T E U R S G E N E T I Q U E S P U R S

On n'est pas très avancé dans les recherches pour déterminer exactement le mécanisme de certains facteurs générateurs de débilité mentale C'est le cas de l'alcoolisme parental qui est souvent incriminé comme responsable d'une bonne proportion de débilités mentales. Faut-il dire avec BERTHELOT (1909) que les spermatozoïdes d'alcooliques chroniques présentent des malfaçons qui font présumer des conséquences en cas de fécondation ? Le Pr KLOSOVKI d'U.R.S.S. soutiendrait cette notion (information verbale récente sur ses travaux en cours).

Quoi qu'il en soit, le problème d'anomalie germinale, appelé t h é o r i e de la b l a s t o p h o r i e , suscite des discussions . Il s'agit d'une atteinte générale globale entrainant une viciation du potentiel de développement. Cette théorie est d'actualité dans le débat entre les écoles des généticiens de stricte obédience et des disciples soviétiques de MITCHOURINE et LISSENKO.

Qu'on nous comprenne bien : quand nous disons "facteurs génétiques purs " , il s'agit bel et bien de"facteurs héréditaires vrais " c'est-à-dire la transmission d'une anomalie suivant le mode mendélien, et les aspects ci-dessus évoqués n'y entrent réellement pas , de sorte qu'on ne saurait parler d"hérédité alcoolique" plus que d'hérédité tuberculeuse ou syphilitique.

On connait actuellement un certain nombre de déficiences intellectuelles profondes transmises selon des lois génétiques. De telles déficiences sont accompagnées d'anomalies physiques très diverses; c'est le cas de l'idiotie amaurotique familiale qui correspond à un trouble métabolique important des graisses et qui semble bien due à un gène unique et "récessif".

De même l'oligophrénie phénylpyruvique , où la phényl-alanine est perturbée dans son cycle métabolique (décrit en Norvège par FOLLING, I934).

Il faut citer également la sclérose tubéreuse de Bourneville dont PENROSE a montré qu'elle était d'hérédité dominante.

Récemment encore, les connaissances plus précises des chromosomes ont permis d'individualiser la cause de certaines affections. On sait depuis TIJO et LEVAN (I956) que le nombre des chromosomes humaines est ramené de 48 classiques à 46 réels. C'est ainsi qu'en I959, LEJEUNE et TURPIN montrent que le mongolisme est dû à la présence d'un chromosome supplémentaire . C' est le n) 2I qui, au lieu d'être double, est triple, et on admet que cette"trisomie" est due à la fécondation d'un gamète anormal ayant gardé deux 2I lors de la division méiotique par un gamète normal à un seul 2I.

D'autres travaux ont montré les conséquences des anomalies touchant le sexe génétique : on sait que l'homme possède un chromosome X et un Y et la femme deux X. Plusieurs possibilités peuvent s'offrir :

réduction, redoublement etc... (XXY, XXX, XXXY,..). Cette notion a été bien prouvée par les travaux de Mac LEAN et ses collaborateurs. Etudiant le sexe génétique de 4500 D.M. internés (Lancet, II, 62, p.293), ils ont montré l'association fréquente d'une D.M. importante et d'une augmentation numérique du chromosome X.

Sans prendre position, nous nous permettons de donner certaines statistiques réalisées par des auteurs comme BELEY et J.CONSTANTINIDIS. (Société médico-psychologique, 27, IV,55, p.278) BELEY trouve sur 578 enfants internés à Péray-Vaucluse, 30 mongoliens, IO endocrinopathies, 3 phacomatoses, 4 dyslipoïdoses et dans I8I autres cas des étiologies combinées où entrent l'éthylisme parental et surtout les accidents obstétricaux (46). 300 cas soit 50% où aucune cause n'a été trouvée.

Les travaux de Jean CONSTANTIDINIS, à Genève, sur les facteurs héréditaires dans le développement des arriérations mentales avancent que : 80% des oligophrénies sont d'origine génétique (et polygénétique). Certaines arriérations seraient à transmission dominante et liées au sexe quand elles sont profondes. Le contraire s'observant dans les arriérations moyennes.

Ces chiffres très élevés doivent être retenus avec beaucoup de réserves. Faut-il encore souligner que chez les D.M. de tels chiffres sont inconcevables. Ce sont surtout les idiots et les imbéciles qui sont souvent victimes des facteurs génétiques.

C'est ainsi qu'à priori, on ne doit pas s'attendre à ce que notre étude portant sur les débiles moyens et légers, trouve des cas de mongolisme, d'idiotie amaurotique familiale, d'oligophrénie phénylpyruvique ou de sclérose tubéreuse de Bourneville etc...

Notons, avant de donner les résultats de notre enquête, que la limite exacte entre les facteurs génétiques et extra-génétiques dans la responsabilité d'apparition d'une oligophrénie est souvent imprécise, tous

ces facteurs pouvant être intriqués. Aussi dirons-nous que les constatations rapportées ci-dessous pêcheront(°) par défaut. Le nombre des dossiers retenus sont sûrement inférieurs à ceux qu'on aurait trouvés si on avait rempli les conditions suivantes :

I/ soumettre à un examen psychologique les parents des D.M.

2/ chercher minutieusement la débilité familiale, fraternelle aussi bien que parentale, même si les cas ne sont pas très voyants.

3/ soumettre à l'examen psychologique les sujets témoins ainsi que les parents de ces derniers.

Si on a trouvé un nombre relativement minime de facteurs génétiques c'est parce que :

-- on n'a retenu que les familles où les facteurs génétiques apparaissaient comme prépondérants, sans discussion possible ;

-- on n'a pas soumis à un examen psychologique les parents des D.M.

L' étiquette de "débile" n'a donc été admise que dans les cas particulièrement voyants. Pour les frères et soeurs, l'évaluation du Q.I. a été généralement précise car il s'agissait également d'adolescents vus au Centre même ou dans d'autres institutions analogues, dans les années précédentes.

Chez les Adolescents normaux aucun élément génétique n'a pu retenir notre attention. Chez les D.M. par contre 23 dossiers ont été retenus ce qui implique l'existence de facteurs génétiques dans un peu plus de II,5 % des cas chez les 200 adolescents D.M., soit IO % des garçons et I2,5 de l' effectif des filles.

Dans l'étude de ces 23 dossiers que nous avons retenus, le Pr. J.M. ROBERT nous a donné les précisions suivantes :

I/ Associations morbides intra-familiales avec comitialité idiopathique, les psychoses (schizophrénie, état maniaque, mélancolique, ou psychose maniaco-dépressive) en un mot ce que les anciens auteurs rangeaient

(°) lire : ..les constatations rapportées ci-dessous pêcheront sans doute par défaut

sous la rubrique de "méiopragie nerveuse familiale". 3 adolescents, 2 adolescentes présentaient ce contexte familial chez des ascendants. Chez 3 de ces 5 sujets, la D.M. présentée était la seule relevée dans la famille. Chez les 2 autres il était noté d'autres D.M. chez les collatéraux ou ascendants : ces deux dossiers seront commentés plus bas (n°3/).

2/ Les "encéphalopathies génotypiques": dans cette occurence , la débilité mentale n'est que la conséquence parfois assez lointaine d'une maladie génotypique par ailleurs bien caractérisée ; on range sous cette rubrique des faits assez disparâtres:

- dysplasies telles que la neurofibromatose de Recklinghausen , les angiomatoses, la maladie de Bourneville, l'hydrocéphalie, les craniosténoses, le mongolisme, le gargoylisme, les ichtyoses, la maladie de Laurence-Moon, etc..
- maladies héréditaires de métabolisme telles que phénylcétonurie, tubelopathies, dyslipoïdoses, hypothyroïdie ...

Certaines de ces affections exigent des traitements précoces sinon elles sont responsables d'oligophrénie profonde avec Q.I. inférieur à 50.

Trois dossiers correspondent à cette catégorie : - I fille D.M. présente un angiome important de l'hémi-face. - I fille présente un goître avec hypothyroïdie fruste. - I garçon souffre d'une dysmorphie cranio-faciale évoquant la maladie de Crouzon.

3/ La débilité mentale familiale

Comme nous l'avons dit plus haut, nos adolescents étant des débiles moyens et légers, nous n'avons trouvé ni mongolien, ni polydysmorphie, ni pseudo-hermaphrodite qui représentent des anomalies dans lesquelles la crytogénétique a tout son intérêt. Une seule observation familiale mérite d'attirer l'attention : n°II3: la fratrie comporte le propositus (Michèle), débile Q.I. 67; Jacques ,débile ; Christian, mongolien. Les parents sont génétiquement normaux.

En résumé, sur 23 dossiers où un facteur génétique pouvait être retenu , nous avons trouvé 6 cas où il y a association de facteurs :
- 3 cas où coexistait la D.M. d'un adolescent et une association morbide intra-familiale telle que vésanie ou comitialité ;
- 3 cas possibles d'encéphalopathie génotypique.
- Pour les I7 dossiers restant , on peut parler de "débilité mentale familiale isolée" avec au moins 2 cas de D.M. dans la famille. L'examen somatique n'a relevé aucun trouble , les Q.I. varient entre 50 et 70.

-- Dans 6 cas sur I7, les parents paraissaient avoir un Q.I.normal

-- Dans II cas sur I7, un des ascendants est lui-même D.M.: 2 fois le père, 8 fois la mère, I fois le père et l'enfant.

-- les I7 fratries comportaient 68 enfants, soit 33 filles et 35 garçons. Sur ces 68 enfants, 5 sont morts en bas âge, 4 filles et I garçon, de maladie ou d'accident.

-- L'examen des 63 qui survécurent (29 adolescentes et 34 adolescents) révèle 33 D.M. certains d'après l'examen psychologique (20 garçons et I3 filles) et 30 enfants normaux (I4 garçons et I6 filles).

CHAPITRE II

F A C T E U R S P R E N A T A U X

Dans cette rubrique nous parlerons des facteurs pouvant agir au moment de la conception et de la grossesse. C'est-à-dire que l'accent sera porté sur les antécédents parentaux et indirectement, sur les antécédents personnels de l'enfant; qu'on nous comprenne bien, nous disons "antécédents parentaux" plutôt qu'antécédents héréditaires, parce que cela n'implique pas une prise de position sur le caractère héréditaire (c-à-d génétique) ou progénétique d'une étiologie.

Certains facteurs qui seront traités ici auraient pu être étudiés dans le chapitre précédent. Mais nous les avons volontairement omis pour n'y traiter que des cas patents des débilités d'origine génétique, c'est-à-dire des cas qui ne soulèvent aucune discussion. C'est pour cette raison que nous avons souligné le caractère "minimum" du chiffre que nous avons trouvé. C'est ainsi que l'alcoolisme chronique paternel, par exemple, bien qu'il entraîne peut-être une malformation spermatique, n'a pas été étudié comme facteur génétique de débilité mentale.

Dans l'état actuel des choses, nos connaissances de la patho-

logie prénatale sont encore bien réduites; pour ne donner que quelques exemples, on connaît mal le rôle des anomalies des villosités choriales, de la régulation de la circulation foeto-placentaire inséré dans la circulation générale maternelle, des anomalies des sécrétions internes de la mère,etc.. Néanmoins, on connaît le rôle de certains troubles : la sous oxygénation et ses rapports avec un déficit en glutathion et magnésium représente une acquisition capitale (E.MINKOWSKI, au Centre de recherches néonatales de l'Association de Cl. Bernard).

A - FACTEURS INFECTIEUX

I. La Syphilis parentale

La transmission d'une infection maternelle à l'embryon ou au foetus est d'une importance non négligeable dans nos pays d'Afrique où les antibiotiques sont, soit aveuglément utilisés, soit employés à de très petites doses entraînant ainsi des antibio-résistances.

Comme cause de D.M., la syphilis semble céder sa place à des infections virales (rubéole, toxoplasmose). Mais il n'en reste pas moins que sa responsabilité est relativement importante.

Bien que, récemment encore, LEVADITI soutenait la possibilité d'infection du spermatozoïde par une des formes évolutives du tréponème, la plupart des auteurs contestent cette notion et considèrent la syphilis comme facteur agissant après la conception (et seulement au-delà du 5e mois de la grossesse).

Nous n'avons trouvé aucun cas des parents syphilitiques chez les adolescents normaux.

Chez les D.M. par contre, nous avons retenu 4% des parents

syphilitiques soit: - sur 95 garçons I% né de parents syphilitiques
- sur I05 filles 7,5% issues de parents syphilitiques.

Etude des dossiers :

Aucun cas de syphilis isolée n'a été signalé. Plusieurs facteurs s'associent pour constituer un bagage assez lourd d'antécédents parentaux et personnels :

- Chez les garçons D.M. : I cas

N° 69, I4 ans, anoxie néo-natale légère, parents syphilitiques et divorcés. L'examen révèle une dysmorphie générale avec hypo-acousie.

- Chez les filles D.M. : 8 cas

-- N° 97, I7 ans ; née d'une famille nombreuse; orpheline de père, parents éthyliques et syphilitiques; encéphalite de la première enfance. L'examen montre une dysmorphie générale et des troubles caractériels.

-- N° IOI, I7 ans; parents syphilitiques ; grossesse pénible; famille nombreuse ; encéphalite de première enfance ; a parlé tardivement. A l'examen : obésité et troubles caractériels.

-- N° I04, I6 ans ; parents éthyliques et syphilitiques; famille nombreuse ; foyer dissocié; orpheline de père; comitialité depuis l'enfance énurésie tardive. A l'examen : obésité et troubles caractériels.

-- N° II7, I7 ans ;parents syphilitiques ; convulsions de la première enfance ; énurésie tardive. L'examen révèle: obésité, scoliose, hypothyroïdie fruste, dysphasie, onychophagie avec troubles caractériels.

-- N° I28 , I7 ans; parents syphilitiques et père éthylique; famille nombreuse ; foyer dissocié. A l'examen actuel: attitude cyphotique et troubles caractériels.

-- N° I4I, I6 ans; parents syphilitiques, mère tuberculeuse durant la grossesse. L'examen est négatif.

--N° I68, I4 ans; parents syphilitiques;la grossesse fut pénible; née

prématurée; retard de la parole; convulsions de la première enfance. Un frère obèse et psychopathe. A l'examen on note des signes d'hypothyroïdie fruste.

-- N° I7I, I4 ans; parents syphilitiques, débiles et obèses; née par forceps; retard de la parole; orpheline de père. L'examen révèle: obésité, dysphasie, troubles caractériels.

Différents facteurs associés :

a) Facteurs génétiques : I cas (N° I7I)
b) Facteurs prénataux : éthylisme parental: 3 fois, tuberculose parentale: I fois, obesité des parents: I fois.
c) Facteurs périnataux : grossesse pénible: 2 fois, prématurité : I fois, anoxie néo-natale: I fois.
d) Perturbations du milieu socio-familial : 9 fois
e) Facteurs post-nataux : retard du premier développement (marche parole, contrôle sphinctérien): 5 fois, convulsions de la Iè enfance : 2 fois, encéphalite de la Ière enfance: 2 fois, comitialité de type petit mal: I fois.

En somme, se référant à cette étude, on est tenté, vu l'importance des facteurs associés, de minimiser la responsabilité de la syphilis dans la genèse de la débilité mentale.

2 - La Tuberculose parentale :

Nous dirons un mot sur la tuberculose, non en tant que cause de débilité mentale, mais comme faisant partie des antécédents que nous avons retenus chez les parents de nos adolescents pris pour matériel de notre étude. C'est dire que nous ne prenons aucune position sur la Tuberculose dans la genèse de la D.M.

Adolescents normaux : 6 cas de parents tuberculeux, 2 chez les filles et 4 chez les garçons, soit 3% de l'ensemble des sujets

normaux.

Adolescents D.M.: 7 cas : 6 chez les filles et I chez les garçons, soit 3,5% de l'ensemble.

3 - Le Paludisme :

Certains auteurs rapportent des cas de D.M. qui seraient dues à une crise paludéenne chez une mère enceinte et surtout en travail.

Nous nous refusons d'admettre une telle notion. L'Afrique serait alors un réservoir de débiles si le paludisme parental était générateur de débilité mentale.

La seule idée qu'on retiendra ce sont les complications du paludisme qui se traduiraient par des accidents méningés, voire même des troubles mentaux : psychoses paludéennes étudiées par ROUSSY.

Ce qui est certain et fréquent, ce sont les menaces de fausse-couches provoquées par le paludisme.

L'étude de SCHACHTER et de Mlle COTTE, comparant le niveau mental au Binet et Simon de 488 enfants nés de parents paludéens (79) tuberculeux (64), éthyliques (III) et syphilitiques (234) avec 336 enfants de parents sains montre :

	Niveaux normaux ou subnormaux. %	Niveaux oligophréniques %
Témoins	70,85	I9,33
Paludéens	65,80	26,57
Tuberculeux	62,49	20,I5
Syphilitiques	57,64	29,7I
Alcooliques	56,39	28,6I

Cette étude montre 26,5% des enfants oligophréniques nés de parents paludéens contre I9% seulement des enfants à niveaux oligophréniques nés de parents normaux.

Notre étude n'a relevé aucun dossier avec antécédents paludéens parentaux dans le groupe témoin. Chez les D.M. par contre, deux dossiers ont été retenus : les mères avaient présenté une crise paludéenne pendant l'accouchement. Nous ne pouvons rien en conclure étant donné l'association de facteurs qu'on y retrouve également.

4 - La Rubéole

Alors que dans plusieurs pays on est arrivé à arrêter le fléau de maladies infectieuses ou parasitaires telles que la syphilis, la tuberculose et même le paludisme, il n'en est pas de même de la rubéole qui semble avoir fait et continue à faire des ravages en Australie (GREGG). De tels cas se retrouvent en Europe avec leur tableau clinique caractérisé par des malformations multiples, occulaires en particulier.

Les gammaglobulines administrées à la future mère semblent diminuer les chances de transmission qui sont, heureusement, très minimes.

Aucun cas de rubéole n'a été signalé chez les parents de nos adolescents servant d'échantillon.

5 - La Toxoplasmose

Plus grave encore est la Toxoplasmose, due à un parasite habituel des animaux et qui, infection inapparente de la mère, tue ou touche gravement l'enfant qu'elle porte. Si celui-ci survit, il s'agit généralement de grands arriérés avec microcéphalie, calcifications intracrâniennes radiologiquement visibles, les lésions oculaires spécifiques et modifications humorales décelables par le laboratoire.

Notre étude qui a porté sur les D.M. moyens et légers n'a pas rencontré de cas de Toxoplasmose.

B - FACTEURS TOXIQUES

Si les intoxications paternelles jouent un rôle dans la genèse de débilité mentale, l'accent doit être mis sur les intoxications maternelles qui retentissent forcément sur l'enfant et qui sont à l'origine de formes graves de déficiences intellectuelles ou de type assez particulier de celles-ci , arriération avec instabilité, en particulier (C.KOHLER).

I - L'éthylisme parental

Le problème d'alcoolisme est d'actualité surtout dans les pays où se consomme de grandes quantités d'alccol . C'est un problème à la fois médical, social et judiciaire(°)Il fait vider les encriers des médecins, des neuro-psychiâtres et des légistes.

Il y a deux mille ans, Platon disait déjà que "l'enfant conçu en état d'ivresse sera mal constitué et faible de corps et d'esprit". Ceci correspond à des faits classiques de conception en état d'ébriété, par exemple, après un repas de noces trop arrosé ou certains jours de faste? C'est ainsi qu'en Flandres , par exemple, on parle de "Samstag kinder" (l'enfant du samedi soir). Dans certaines régions du Congo on parle des enfants crées le samedi (kisabala bamvanga), jour où le Bon Dieu étant pressé et fatigué, créa des personnes difformes, très laides et sans valeur sociale. En fait, dans les milieux ruraux, le samedi est réservé aux amusements de toute sorte; les amateurs d'alcool fêtent le Dieu Bacchus.

L' éthylisme chronique maternel est malheureusement fréquent actuellement , c'est lui qui agit au stade conceptionnel alors que l'éthylisme paternel agit sur la lignée spermatique comme l'avait montré BERTHELOT en 1909.

(°) lire: C'est un problème à la fois médical , social et judiciaire et économique.

On sait actuellement que l'alcool agit beaucoup moins comme toxique direct que comme perturbateur des fonctions hépatiques et facteurs de carences vitaminiques.

Beaucoup de travaux ont été publiés concernant l'alcoolisme parental et ses effets sur la descendance :

- Le travail de DESHAIES en I94I sur la descendance adulte de 48 alcooliques, trouvait I9% de D.M.
- CREMIEUX et DIATKINE en I942, à Marseille, sur 5I6 cas examinés à leur consultation de N.P.I. trouvent 53 enfants d'alcooliques présentant des troubles psychiques dont I6% d'arriérés.
- En I952, SCHACHTER et Mlle COTTE , sur 234 enfants d'alcooliques, signalent une proportion plus grande d'oligophrénie que dans un groupe témoin d'enfants nés de parents sobres.
- La thèse de Mlle MORLON (Paris I952) recherchant l'alcoolisme chronique chez les ascendants directs d'une population de grands arriérés mentaux retrouve cette étiologie dans I8% des cas.
- Le professeur HEUYER avec MISES et DEREUX en I957 , étudiant I00 dossiers d'enfants issus de parents alcooliques, notent 30 cas de retards psycho-moteurs , soit 30%.

Notre enquête sur l'éthylisme parental nous donne les résultats suivants :

- Chez les sujets normaux : 3% d'enfants nés de parents éthyliques : sur 95 garçons: I%, sur I05 filles: 5%.

- Chez les sujets D.M.: 27% sont nés de parents éthyliques : sur 95 garçons 24,5% et sur I05 filles 29,5%.

Et voici, ci-après, un tableau comparatif :

Tableau 2

	Adolescents D.M.			Adolescents normaux		
	95 garç.%	105 fil.%	G+F%	95 garç.%	105 fil.%	G+F%
Ethylisme paternel ...	22,1	26,6	24,5	0	3	1,5
Ethylisme maternel ...	0	1,9	1	0	0	0
Ethylisme conjugal ...	2,2	1	1,5	1	1,9	1,5
Ethylisme % total ...	24,5	29,5	27	1	4,8	3

Etude des dossiers :

La recherche des facteurs associés à l'alcoolisme portera sur tous les dossiers retenus des enfants nés de parents éthyliques :

a) Dossiers des adolescents normaux : 6 cas.

- Chez les garçons : 1 cas

N° 119, 15 ans; parents éthyliques. Examen: rien de bien particulier.

- Chez les filles : 5 cas

-- N° 50, 14 ans;parents éthyliques; gros enfant à la naissance (plus de 4 Kg); orpheline de mère; conditions de vie familiale difficiles; retard du premier développement ; retard pubertaire; énurésie actuelle. L'examen actuel est négatif.

-- N° 54, 14 ans; parents éthyliques; logement insuffisant; retard de la parole; énurésie tardive. Examen normal.

-- N° 73, 14 ans; père éthylique; conditions de vie difficiles. Examen négatif.

-- N° 83, 17 ans; père éthylique, conditions de vie difficiles ; l'examen actuel ne révèle rien de particulier.

-- N° 96, 15 ans; père éthylique. Examen normal.

b) Dossiers des adolescents D.M. : 53 cas

- Chez les garçons : 23 cas

-- N° 2 , I6 ans; éthylisme paternel; orphelin de père; énurésie tardive et actuelle; Examen négatif .

-- N° II, I6 ans; père éthylique; conditions de vie difficiles; famille nombreuse: foyer dissocié; orphelin de mère; énurésie tardive et actuelle. L'examen révèle une cyphose.

-- N°I7, I6 ans; éthylisme paternel; déchéance parentale; énurésie tardive et actuelle. A l'examen: débilité motrice, attitude cyphotique et troubles caractériels.

-- N° 20, I6 ans; éthylisme paternel; débilité parentale; famille nombreuse; foyer dissocié; énurésie tardive et actuelle. A l'examen : cyphose dorsale et lordose lombaire, gaucherie contrariée.

-- N° 25, I7 ans; éthylisme paternel; souffrance foetale avec anoxie néo-natale légère; encéphalite de la première enfance; dysphasie.

-- N° 29, I6 ans; père éthylique; famille nombreuse ; retard pubertaire. Examen négatif.

-- N° 35, I4 ans; éthylisme paternel; débilité parentale; famille nombreuse; foyer dissocié; énurésie tardive; convulsion isolée de la première enfance. A l'examen : syncinésie et débilité motrice.

-- N° 37, I5 ans, père éthylique; famille nombreuse ; retard de la parole. A l'examen : syncinésie, dysphasie, hypo-acousie, gaucherie contrariée, trouble caractériels.

-- N° 67, I4 ans ; père éthylique; famille nombreuse ; retard de la parole, de la marche et du contrôle sphinctérien. A l'examen : lordose et dysphasie.

-- N° 68, I4 ans, père alcoolique; chute de la mère pendant la grossesse; famille nombreuse; conditions de vie pénibles; retard de la marche et de la parole; convulsions répétées de la Ière enfance. A l'examen : cyphoscoliose.

-- N° 7I, I4 ans, éthylisme paternel; orphelin de mère ; foyer dissocié, conditions de vie difficiles; retard de la marche. L'examen révèle une tachycardie.

-- N° 75, I4 ans; éthylisme paternel; gros enfant à la naissance; foyer dissocié; retard de la parole.Al'examen : gaucherie contrariée, lordose.

-- N° 89, I5 ans; parents éthyliques; foyer dissocié ; orphelin de père et de mère. L'examen révèle une attitude cyphotique.

-- N° 95, I5 ans; père éthylique; conditions de vie difficiles; orphelin de mère; A l'examen: dysmorphie générale.

- Chez les filles : 30 cas

-- N° 96, I7 ans; père éthylique; conditions de vie difficiles; famille nombreuse; retard de la parole; énurésie tardive; convulsions de la Ière enfance.Examen actuel: dysmorphie générale ; dysphasie; troubles caractériels.

-- N° 97, I7 ans; père éthylique, parents syphilitiques; famille nombreuse; condition de vie familiale pénibles; orpheline de père; encéphalite de la Ière enfance. A l'examen: dysmorphie générale goître, troubles caractériels.

-- N° 98; I6 ans ; éthylisme paternel; vésanie et obésité parentales; comitialité de type petit mal/. A l' examen: attitude cyphotique et troubles caractériels.

-- N° I00, I7 ans; père éthylique et mère débile; foyer dissocié. Bronchites à répétition.

-- N° I04, I6 ans; éthylisme paternel; syphilis conjugale; orpheline de père; famille nombreuse; foyer dissocié; énurésie tardive ; comitialité de type "petit mal". A l'examen: obésité et troubles caractériels.

-- N° I06, I7 ans; père éthylique; logement insuffisant; famille nombreuse; foyer dissocié; retard pubertaire; obésité.

-- N° I09: I6 ans; tuberculose et éthylisme paternels; foyer dissocié; comitialité de type "petit mal"; puberté précoce; obésité; gaucherie contrariée; troubles caractériels.

-- N° II6, I7 ans; pére éthylique et mère tuberculeuse; foyer dissocié; famille nombreuse; orpheline de père; retard de la marche et de la parole. A l'examen: hémiplégie , hypothyroïdie fruste; gaucherie contrariée; troubles caractériels.

-- N° I27, I7 ans; père éthylique; chute de la mère pendant la grossesse. A l'examen on note des troubles caractériels.

-- N° I28, I7 ans; alcoolisme paternel; syphilis parental ; foyer dissocié; famille nombreuse; A l'examen: attitude cyphotique et troubles caractériels.

-- N° I29, I7 ans; éthylisme paternel; menace de fausse-couche; prématurée à 8 mois; anoxie néo-natale légère; comitialité de type "petit mal". L'examen révèle une scoliose et des troubles caractériels.

-- N° I33, I5 ans; père alcoolique; grossesse pénible; logement insuffisant; foyer dissocié; retard de la marche, de la parole et du contrôle sphinctérien, l'énurésie est encore actuelle; l'examen révèle: débilité motrice avec syncinésie, gaucherie contrariée et troubles caractériels.

-- N° I35, I5 ans; père alcoolique, née prématurée à 8 mois; retard de la parole; l'examen montre: débilité motrice avec syncinésie; attitude cyphotique; signes d'hypothyroïdie; onychophagie et troubles caractériels; elle est ambidextre mais gauchère contrariée.

-- N° I40, I6 ans; parents épileptiques; père éthylique; grossesse pénible; présente des crises de petit mal. A l'examen: dysmorphie générale avec scoliose importante, onychophagie et troubles caractériels.

-- N° I43, I5 ans; parents éthyliques et D.M.; grossesse fut pénible; famille nombreuse; énurésie tardive; troubles caractériels.

-- N° I44, I6 ans, éthylisme paternel; née prématurée à 7 mois; foyer dissocié; retard du premier développement; convulsions de la Ière enfance; hémiplégie, gaucherie contrariée; dysphasie; troubles caractériels.

-- N° I47, I4 ans; père éthylique; famille nombreuse ; a l'examen : attitude cyphotique, onychophagie.

-- N° I49; père éthylique; née prématurée à 8 mois; convulsions de la Ière enfance , syncinésie, débilité motrice; scoliose et goître.

-- N° I54, I4 ans: père alcoolique; chute de la mère durant la grossesse; accouchement eutocique mais laborieux; énurésie encore actuelle; obésité et troubles caractériels.

-- N° I52, I5 ans; père éthylique ; gros enfant à la naissance; famille nombreuse et conditions de vie pénibles.

-- N° I56; I5 ans; père alcoolique; parents D.M.; foyer dissocié; orpheline de père et de mère. Un goître sans complication.

-- N° I64, I4 ans; grand-père grand éthylique. Examen négatif.

-- N° I65,I4 ans; père éthylique. A l'exqmen : attitude cyphotique, obésité et onychophagie.

-- N° I69, I4 ans; mère éthylique; encéphalite de la Ière enfance; troubles caractériels.

-- N° I84, I5 ans; père éthylique; née prématurée à 8 mois; cyphose dorsale; dysphasie; et troubles caractériels.

-- N° I86, I5 ans; père éthylique; foyer dissocié; orpheline de père et de mère; cyphotique.

-- N° I90, I6 ans; père alcoolique; logement insuffisant; énurésie tardive. A l'examen: lordose et troubles caractériels.

-- N° I94, I4 ans; éthylisme paternel; mère tuberculeuse; conditions de vie difficiles; famille nombreuse. Dysphasie.

-- N° I97, I6 ans; père alcoolique; parents débiles; l'examen est négatif.

-- N° I98, I4 ans; éthylisme paternel; logement insuffisant; famille nombreuse; déchéance des parents. A l'examen on note une cyphose et des troubles caractériels.

Différents facteurs associés aux antécédents éthyliques :

- Chez les D.M.:

a) Facteurs génétiques purs : 8 cas d'oligophrénie familiale.

b) Facteurs prénataux (parentaux et gravidiques) :
syphilis parentale : 3 fois, Vésanie: 2 fois, obésité: I fois, épilepsie: I fois, tuberculose: 3 fois, menace d'avortement:I fois, grossesse pénible: 7 fois, chute durant la grossesse: 3 fois, foetomégalie: 3 fois, prématurité: 5 fois.

c) Facteurs périnataux : Manoeuvres obstétricales: I fois, anoxie néo-natale: 3 fois.

d) Facteurs socio-familiaux: perturbations du milieu familial (divorce, séparation, perte des parents, déchéance des parents, conditions de vie familiale pénibles, logement insuffisant..):66 fois.

e) Facteurs post-nataux: Retard du Ier développement (marche, parole contrôle sphinctérien): 22 fois, convulsions de la Ière enfance:7 fois, encéphalite de la Ière enfance: 3 fois, L'examen actuel montre :

retard pubertaire: 3 fois, puberté précoce: 4 fois, comitialité: 5 fois, hémi plégie: 2 fois, choréoathétose: I fois, débilité motrice: 5 fois, syncinésie: 6 fois, troubles caractériels: 26 fois, dysphasie: 7 fois, onychophagie: 6 fois, gaucherie contrariée : 4 fois, hypoacousie: I fois, déformation de la colonne vertébrale 24 fois, dysmorphie générale: 6 fois, obésité: 6 fois, goître : 4 fois, et signes d'hypothyroïdie: 4 fois.

- Chez les sujets normaux :

L'association de facteurs n'est pas aussi frappante que chez les D.M.: aucun facteur génétique ni prénatal n'a été retenu dans les antécédents des sujets "tout venant". Comme facteurs périnataux, nous n'avons noté qu'un cas de foetomégalie . Les perturbations du milieu socio-familial ne représentent que 6 cas. Les facteurs post-nataux sont quasi-inexistants; nous n'avons retenu qu'un seul cas de retard pubertaire, il s'agit d'une fille qui a eu aussi un retard du Ier développement.

En somme, l'éthylisme a particulièrement attiré notre attention avec une proportion de loin plus importante chez les D.M. (27%) que chez les sujets normaux (3%). Mais encore faut-il discuter quelles peuvent être les explications de cette relation statistiquement signif icatives.

- Il y a dans les antécédents de ces adolescents des "parents D.M." ; ceux-ci peuvent boire plus facilement parce qu'ils sont débiles et suggestibles.

- Les cellules germinales des parents sont considérées comme malformées , cela expliquerait les anomalies de la gestation et du terme car l'enfant est progénétiquement pathologique.

- Mais il sera aussi plus facilement sensible aux accidents périnataux et fragile aux différents facteurs post-nataux.

D'autre part, l'éthylisme parental sera à la base des perturbations socio-familiales (dissociation familiale, déchéance des parents, etc..)

qui aggravent la débilité des enfants, par les perturbations affectives ou la carence globale qu'elles entraînent. Toutes ces constatations montrent bien l'intervention très complexe de l'alcoolisme des parents dans la genèse de la D.M.

2 - Autres facteurs toxiques

A côté de l'alcoolisme, nous n'avons trouvé aucun autre facteur toxique pouvant agir au stade prénatal. Néanmoins, nous pouvons mentionner deux cas de mères qui ont été traitées au gardénal au cours de leur grossesse. L'une d'elles est épileptique et l'autre avait une grossesse gémellaire. C'est-à-dire qu'elles ont pris des doses thérapeutiques qui sont loin d'être toxiques.

Etude des dossiers:

a) Aucun dossier n'a été retenu chez les sujets normaux.

b) Chez les D.M. : 2 cas.

-- N° III, jumelle de I7 ans; ne présente aucun antécédent particulier. A l'examen on découvre un goître, des troubles caractériels et une onychophagie manifeste.

-- N° I40, fille de I6 ans; mère épileptique et père éthylique; la grossesse fur pénible; épileptique comme sa mère ; à l'examen on note: scoliose, dysmorphie générale, troubles caractériels et onychophagie.

Le N° I40 a des antécédents fort chargés, il serait abusif d'incriminer le gardénal comme facteur de cette débilité mentale.

Il reste enfin à dire un mot sur les toxicoses gravidiques ou dysgravidies lesquelles entraînent non seulement l'in-

terruption de la grossesse, mais aussi la mort maternelle si les mesures médico-obstétricales ne sont pas mises en oeuvre.

Aucun cas de dysgravidie n'a été signalé parmi les antécédents de nos adolescents. Nous avons toutefois retenu un dossier dans le groupe de garçons D.M. . Il s'agit du N°6, garçon de I6 ans dont la mère a présenté une albuminurie gravidique non accompagnée d'oedème, ni d'hypertension ; né prématuré à 8 mois, son premier développement fut normal, mise à part une énurésie qui persiste jusqu'aujourd'hui. Parents séparés depuis longtemps et la mère décédée de maladie indéterminée. A l'examen on note : gaucherie contrariée, troubles caractériels, hypo-acousie et dermatose banale.

Le même problème d'interférence de facteurs doit être évoqué ici pour éviter toute conclusion abusive; d'ailleurs, l'albuminurie maternelle simple n'a jamais été considérée comme génératrice de débilité mentale chez l'enfant.

Aucun cas d'albuminurie gravidique n'a été noté chez les parents de nos adolescents normaux.

C - CONDITIONS ANORMALES DE GROSSESSE

Nous traiterons ici, dans cette rubrique, tous les traumatismes maternels, aussi bien physiques que psychologiques, les grossesses pénibles et les menaces de fausse-couches.

I - Traumatismes maternels.

a) Traumatismes psychologiques :

La question que l'on se pose souvent est celle de savoir quelle place faut-il assigner aux facteurs psychologiques durant

la grossesse ? Une première réponse concerne l' "état mental" de la mère elle-même qui semble avoir une importance , non point en tant que tel, mais en tant qu'annonciateur de la transmission d'une hérédité vésanique. Quant à déterminer la responsabilité des frayeurs , des chocs émotifs de la mère dans la genèse de la débilité mentale, nous répondrons , avec circonspection, car il est très difficile d'apprécier l'importance de ces facteurs par rapport à d'autres éléments qui peuvent s'intriquer. Qu'il nous soit permis de citer des exemples très intéressants de Kohler : "Si, par exemple, dit-il, une femme enceinte vit dans la terreur de son mari éthylique qui la roue de coups, oh ne peut s'empêcher de penser, d'abord, au rôle de l'alcool sur le germe. De même, si une femme de plus de 45 ans donne naissance à un mongolien, après avoir, comme cela se passait pendant la dernière guerre, subi alertes et bombardements, on pense tout de même, en premier lieu, et essentiellement, aux anomalies chromosomiques".

Bien qu'il soit difficile d'apprécier la responsabilité des facteurs psychologiques, leur intervention est certaine; il suffirait de consulter les différents ouvrages écrits à ce sujet pour s'en rendre compte :

PHYLLIS GREENACRE et FEDOR, tous deux psychanalistes, reconnaissent, à juste titre, les influences psychologiques maternelles sur l'état mental de l'enfant. Se référant aux expériences réalisées sur l la télépathie à Duke University, Fedor soutient " qu'une tendre attente de la mère, ainsi que tous ses sentiments favorables, peuvent avoir une heureuse influence sur le psychisme de celui qui naîtra ; de même, la solitude de l'enfant qui n'a pas été désiré, peut être ramenée à son isolement psychique dans le sein maternel .

HALL et MOHR notent qu'une opposition émotionnelle à la maternité, chez la mère, peut avoir pour conséquence un accouchement prématuré.

" Dans le même ordre d'idée , SONTAG décrit l'association existant entre les perturbations prénatales et les pleurs, l'irritabilité et les difficultés de nutrition ultérieures.

" WALLIN et ROSEMARY RILEY ont rapporté une étude basée sur l'hypothèse selon laquelle " les mères qui, pendant leur grossesse, se plaignent beaucoup de troubles psycho-somatiques, ont une attitude plus négative envers l'enfant qui naîtra. Pour vérifier cette hypothèse, on posa, à 100 femmes qui venaient d'être mères, une série de questions, sur les troubles physiques présentés au cours de leur gestation. Parmi ces mères, 63 n'avaient qu'un enfant et 37 en avaient deux. On compara alors le score des réactions à la grossesse avec le score d'adaptation de l'enfant, déterminé au moyen de questions sur les habitudes de nutrition, l'éducation à la propreté, le sommeil, les pleurs, etc..On trouva une relation positive significative entre les deux séries de scores, dans le groupe de deux enfants ; en d'autres termes, les mères qui,présentaient le plus de troubles psycho-somatiques avaient les enfants les plus perturbés, mais ceci n'était pas le cas dans le groupe des mères n'ayant qu'un seul enfant ".

Les auteurs de cette étude sont prudents dans l'interprétation de ces résultats. Toute interprétation rigoureuse risquerait de pêcher par excès ou par défaut. C'est ainsi que les auteurs portent l'accent sur la nécessité d'une observation directe pour valider l'approche par questionnaire. On ignore l'explication exacte de la fidèlité de deux scores.

Wallin et Rosemary soutiennent tr ois hypothèses pour expliquer l'inconstance des résultats :

- les dispositions plus négatives des mères envers leur second enfant, comme conséquence de leur première grossesse ;
- l'absence relative d'attention compensatrice de la part du mari pendant la 2ème grossesse;

- le soucis économique, résultant du fait d'avoir un second enfant.

Nous ne voulons prendre position sur cette hypothèse. Mais à notre avis, l'attitude à l'égard du 2ème enfant ne peut être un sujet de discussion car il est évident qu'elle dépend de la mentalité des gens. En Afrique par exemple, les enfants font la fierté et la richesse de la famille : chaque naissance enrichit la famille, car plus on est nombreux plus on est puissant.

Cependant, une relation doit être établie entre ce point de nos recherches et ce que nous avons pu dégager dans l'étude des caractéristiques socio-familiales de l'environnement des D.M.

b - Traumatismes physiques :

Si notre étude ne nous permet pas de prendre position sur l'interprétation des facteurs psychologiques, elle nous donne, toutefois, des éléments très positifs sur les facteurs traumatiques physiques. Aussi nous avons retenu 7 cas de chute survenues au cours de la grossesse, soit une proportion de 3,2% chez les garçons D.M. et 3,8% chez les filles. Aucun n'a été noté dans le groupe témoin.

Le problème n'est pas de savoir si un traumatisme physique quelconque (chute, rapports sexuels très violents..) peut entrainer de graves conséquences sur l'état mental ou physique de l'enfant qui naîtra, mais c'est de déterminer le rôle du traumatisme dans la genèse de la D.M. . En d'autres termes, on doit se demander si le traumatisme physique, dans un cas donné, peut être considéré comme seul responsable de la débilité, ou s'il s'agirait d'une association de plusieurs facteurs.

Etude de 7 dossiers retenus :

Chez les garçons D.M.

-- N° 55, I6 ans; chute au cours de la grossesse; retard de la parole, présente des crises de comitialité depuis sa Ière enfance. A l'examen on note une débilité motrice, une gaucherie contrariée, une dysphasie et des troubles caractériels.

-- N° 68, I4 ans; mère tombée durant la grossesse; père éthylique; retard du Ier développement; convulsions de la Ière enfance. Cyphoscoliose.

-- N° 93, I4 ans; mère tombée au cours de la grossesse; conditions de vie pénibles.

Chez les filles :

-- N° I25, I7 ans; mère a chuté au cours de la grossesse; celle-ci fut pénible jusqu'à l'accouchement, lequel était prématuré à 8 mois; famille nombreuse. A l'examen : scoliose, dysphasie et troubles caractériels.

-- N° I27, I7 ans; chute de la mère durant la grossesse; père éthyliques; troubles caractériels.

-- N° I54, I4 ans; chute durant la grossesse.

-- N° I63, I4 ans; chute de mère durant la grossesse; prématurée à 8 mois; orpheline de père; logement insuffisant; foyer dissocié ; L' examen est négatif.

Différents facteurs associés aux traumatismes physiques de la mère

a) Facteurs prénataux : éthylisme paternel: 3 fois, prématurité: 2 fois, grossesse pénible : I fois.

b) Facteurs périnataux : 0

c) Perturbations du milieu socio-familial: 8 fois

d) Facteurs post-nataux : retard du Ier développement : 3 fois, convulsions de la Ière enfance: I fois, comitialité: I fois. L'examen actuel a relevé : débilité motrice: I fois, gaucherie contrariée: I fois, troubles caractériels: 2 fois, et cypho-scoliose: I fois.

Comme nous l'avons dit plus haut, les traumatismes physiques au cours de la grossesse peuvent être incontestablement facteurs de D.M.; mais il est très difficile de déterminer exactement leur responsabilité. En effet, l'association des facteurs que montre l'étude analytique des dossiers nous empêche de porter un jugement très concluant concerant cette responsabilité.

2 - Menace de fausse-couches

Les menaces de fausse-couches peuvent être la conséquence d'un tramatisme maternel grave porté au niveau de l'abdomen. Il s'agit alors de menace d'avortement accidentel, elles sont rarement facteurs de D.M.. De même, les menaces d'avortement spontané n'ont pas souvent de conséquences sur l'état mental de l'enfant car, dans la plupart des cas, la grossesse est interrompue et le foetus meurt avant qu'on ne s'intéresse à son cerveau. Mais il n'en est pas de même des " t e n t a t i v e s d' a v o r t e m e n t c r i m i n e l " lesquelles ont une place très importante, de quelque procédé qu'il s'agisse.

Notre étude a pu mettre en évidence I cas de menace d'avortement dans les antécédents d'une adolescente D.M. et I cas aussi dans le groupe de contrôle. Dans ce dernier groupe, le cas trouvé ne comporte pas d'antécédents chargés contrairement à la fille D.M. (N° I29) dont le père est éthylique, née prématurée à 8 mois, a souffert d'une anoxie néo-natale et présente des crises comitiales depuis la Ière enfance. L'examen actuel révèle une scoliose et des troubles caractériels. C'est donc l'interférence de ces différents facteurs qui expliquerait la déficience mentale et non l'avortement comme tel.

3 - Grossesse pénible :

Nous appelons grossesse pénible celle qui est accompagnée de troubles neuro-végétatifs très importants ; nausées ou vomissements répétés, douleurs abdominales, atteinte de l'état général: amaigrissement asthénie; en un mot, une grossesse qui indispose sérieusement la patiente.

Dans cette partie nous ne parlerons pas de toxicoses gravidiques ni de menace d'avortement, elles sont déjà traitées plus haut.

Etude analytique des dossiers :

a) Adolescents normaux : 3 cas

- chez les garçons : I cas

-- N° I06, I5 ans; grossesse pénible; aucun autre antécédent; examen actuel négatif.

- chez les filles : 2 cas

-- N° 97, I5 ans; grossesse pénible; à l'examen on note une attitude cyphotique, une obésité et un goître simple.

-- N° 5, I6 ans; grossesse pénible; examen actuel négatif.

b) Adolescents D.M. : I9 cas

- chez les garçons : 5 cas

-- N° 45, I5 ans; né d'une grossesse pénible; foyer dissocié; orphelin de père. A l'examen on signale une lordose et des signes d'hypothyroïdie.

-- N° 52, I5 ans; vésanie parentale; éthylisme paternel ; grossesse fut pénible; accouchement dystocique ayant nécessité des manoeuvres obstétricales manuelles; anoxie néo-natale importante ; retard de la parole; convulsions répétées dans la première enfance; L'examen actuel montre une cyphose dorsale, un goître et des troubles caractériels.

-- N° 53, I6 ans; éthylisme paternel; grossesse pénible ; foetomégalie (+ de 4 Kg à la naissance); gaucher contrarié; énurésie tardive; A l'examen on note: cyphose dorsale et troubles caractériels.

-- N° 54, I5 ans; débilité parentale; éthylisme paternel ; né d'une grossesse pénible; retard pubertaire; .Troubles cardiaques depuis l'enfance, onychophagie et troubles caractériels.

-- N° 62, I4 ans; grossesse pénible; convulsions de la Ière enfance. Hémiplégie dont les séquelles sont encore actuelles (hémiparésie).

- chez les filles : I4 cas

-- N° IOI, I7 ans; parents syphilitiques; grossesse pénible; famille nombreuse; retard de la parole; encéphalite du Ier âge. L'examen actuel montre: syncinésie, débilité motrice, obésité; dysphasie et troubles caractériels.

-- N°II3, I6 ans; parents D.M.; grossesse pénible; l'examen actuel révèle une cyphoscoliose, un goître, une dysphasie, et des troubles caractériels.

-- N° II9, I6 ans; grossesse pénible; famille nombreuse ; retard pubertaire; onychophagie et troubles caractériels.

-- N° I25, I7 ans; grossesse pénible avec albuminurie simple d'origine indéterminée; née prématurée à 8 mois. Scoliose et troubles caractériels.

-- N° I32, I6 ans; née d'une grossesse pénible; anoxie néonatale légère; syncinésie; vertiges; signes d'hypothyroïdie et troubles caractériels.

-- N° I33, I5 ans; père alcoolique; grossesse pénible; foyer dissocié; logement insuffisant et défectueux; retard du Ier développement; avec énurésie encore actuelle; gaucherie contrariée; débilité motrice et syncinésie; troubles caractériels.

-- N° I38, I7 ans; grossesse pénible; retard de la parole; attitude cyphotique; troubles caractériels et onychophagie.

-- N° I40, I6 ans; grossesse pénible; au cours de celle-ci la mère prenait du gardénal comme antiépileptique. L'examen actuel montre une scoliose, une dysmorphie générale, une onychophagie et des troubles caractériels.

-- N° I43, I5 ans; parents D.M. et éthyliques; grossesse pénible; famille nombreuse; énurésie tardive; troubles caractériels.

-- N° I50, I5 ans; grossesse pénible; retard de la parole ; syncinésie; débilité motrice; attitude cyphotique; hypothyroïdie fruste; dysphasie, onychophagie et troubles caractériels.

-- N° I54, I4 ans; éthylisme paternel; la mère est tombée au cours de la grossesse; celle-ci fut pénible jusqu'à l'accouchement; ce dernier fut eutocique mais très long; énurésie tardive et encore actuelle; obésité et troubles caractériels.

-- N°I55, I4 ans; née d'une grossesse pénible; famille nombreuse; gauchère contrariée. L'examen montre des signes d'hypothyroïdie et des troubles caractériels.

-- N° I67, I5 ans; grossesse pénible; accouchement long; logementinsuffisant; foyer dissocié; famille nombreuse; orpheline de père; retard de la parole; énurésie tardive. A l'examen actuel: attitude cyphotique.

-- N°I68, I4 ans; parents syphilitiques; frère psychopathe et D.M.; née d'une grossesse pénible; accouchement prématuré à 8 mois; retard de la parole; convulsions de la Ière enfance. L'examen actuel révèle des signes d'hypothyroïdie et des troubles caractériels.

Différents facteurs associés à l'antécédent "grossesse pénible"

- chez les D.M.

a) Facteurs génétiques purs : débilité familiale : 3 fois

b) Facteurs prénataux : syphilis parentale : 2 fois, éthylisme parental: 6 fois; vésanie familiale: 3 fois, épilepsie maternelle: I fois, chute au cours de la grossesse: I fois, mère traitée au gardénal: durant la grossesse: I fois, albuminurie gravidique:I fois.

c) Facteurs périnataux : accouchement laborieux: 2 fois, accouchement dystocique: I fois, anoxie néo-natale: 2 fois, prématurité: I fois, foetomégalie: I fois.

d) perturbation du milieu socio-familial: I3 fois.

e) Facteurs post-nataux : premier développement irrégulier : II fois, convulsions de la Ière enfance : 3 fois, encéphalite:I fois, gaucherie contrariée : 3 fois. L'examen actuel a révélé chez ces enfants: troubles caractériels: I4 fois, déformation de la colonne vertébrale: 8 fois, syncinésie: 4 fois, débilité motrice: 3 fois, hémiparésie: I fois, signes d'hypothyroïdie: 6 fois, goître: 2 fois, vertige: I fois, onychophagie: 4 fois, dysphasie: 4 fois, retard pubertaire: 2 fois, énurésie: 2 fois, dysmorphie générale: I fois.

- Chez les sujets du groupe témoin , par contre, nous n'avons retenu qu'un dossier où l'on note une attitude cyphotique, une obésité et un goître simple , les autres dossiers n'ont pas d'anomalie.

En somme notre étude a révélé 9,5% des D.M. contre I,5% des sujets " tout venant", nés de grossesse pénible. Ces chiffres montrent la relation entre la grossesse pénible et la débilité mentale. En ce qui concerne sa part de responsabilité, des réserves s'imposent car nous avons relevé un nombre très important de facteurs associés.

Les " conditions anormales de grossesse" semblent avoir une relation formelle avec la genèse de la D.M.Certes, ce domaine est encore mal exploité. S'agirait-il de troubles de la nidation de l'oeuf ?de troubles circulatoires placentaires ou d'anomalies liquidiennes? Néanmoins, nous pouvons dire qu'une grossesse qui s'est

déroulée normalement a plus de chance de donner naissance à un enfant normal.

Cette notion doit être rapprochée de la proportion plus élevée de grossesses normales chez les sujets normaux que chez les débiles mentaux :

Tableau 3

	200 débiles mentaux			200 sujets normaux		
	Garc. %	Filles %	G+F %	Garç. %	Filles %	G+F %
Grossesse normale ...	7I,6	78	75	88,5	95,2	92
Grossesse anormale...	28,4	22	25,5	II,5	4,8	8

D - MALADIE HEMOLYTIQUE

La maladie hémolytique résulte de l'incompatibilité entre les caractères sanguins (strictement héréditaire) du foetus porteur d'un " facteur Rhésus " et de la mère dont le sang est dépourvu de ce facteur. La mère étant"Rhésus négatif" fabrique des anticorps contre le facteur "Rhésus positif" de l'enfant. L'hémolyse ou la destruction des globules rouges du foetus est la conséquence de cette réaction antigène-anticorps. Très souvent cette hémolyse provoque la mort foetale in-utero; si l'enfant survit, l'affection est génératrice de déficiences intellectuelles profonds avec une symptomatologie motrice importante par atteinte des noyaux gris centraux : c'est l'ictère nucléaire.

Il semble qu'à Lyon, grâce au dépistage précoce des anticorps dans le sang maternel, les séquelles d'ictères nucléaires deviennent inexistantes ou sinon très rares.

Aucun antécédent de maladie hémolytique n'a été signalé chez nos adolescents. Ceci s'explique bien car notre étude n'a porté que sur les déficients moyens et légers.

C H A P I T R E III

F A C T E U R S P E R I N A T A U X

On s'est toujours posé la question de savoir si l'accouchement provoquerait un bouleversement physique et psychique ou simplement un choc physique qui n'a aucune répercussion sur le psychisme de l'enfant.

Les Neuro-psychiâtres, les Psychanalistes et les Accoucheurs sont divisés en plusieurs écoles.

Certains psychanalystes ont souligné l'influence ou non de la naissance sur la personnalité ou sur l'état mental de l'enfant. Il faut citer FREUD, RANK, PHYLLIS GREENACRE et FEDOR. La position de Freud est la plus conservatrice (Blum). Il fait mention du danger contenu dans l'afflux initial d'excitation venues du monde extérieur, contre lequel le nouveau-né ne peut pas se défendre de manière adéquate. Néanmoins Freudtend à minimiser l'importance des accidents survenus au cours de l'accouchement et il n'admet pas que l'enfant puisse avoir conscience de contenus réels, à ce moment, contrairement à ce que soutient Rank . Ce dernier fait jouer un rôle central au traumatisme de la naissance qu'il décrit comme " un choc créant un réservoir d'angoisse, dont des parties se libèrent à travers toute la vie". Il soutient que le"nouveau-né formera des impressions visuelles durables de cette séparation pénible d'avec la mère, de sorte que les séparations ultérieures de toutes natures sont éprouvées comme une menace".

Si Freud et Rank tirent les deux bouts de la chaîne, Phyllis Greenacre ,par contre, occupe la position intermédiaire. Elle admet les deux facteurs, constitutionnels et accidentels, apparaissant au moment de la naissance, mais elle substitue sa théorie de la réponse de pré-angoisse à la conception de Rank relative aux impressions visuelles (Blum).

La théorie de Fédor est la plus extrême de toutes : il considère le traumatisme de la naissance, ainsi que les influences prénatales, comme la"force primaire , et presque exclusive, déterminant la personnalité". Les névroses trouveraient leur origine à la naissance.

En rappelant ces considérations psychanalytiques, on serait tenté de croire que nous sortons de notre sujet. Il n'en est pas question. En effet, si l'on admet qu'il existe un rapport étroit entre l'intelligence et l'affectivité du D.M., nous sommes en droit de chercher à comprendre certaines données psychanalytiques. Ainsi on essayera de dégager certaihs facteurs perturbateurs de l'intelligence.

A la lumière de toutes ces données et considérations psychanalytiques, une question se pose: quel est le rôle de l'accouchement dans la genèse de la débilité mentale ? Si ce rôle est certain, dans quelle proportion intervient-il ?

En considérant l'aspect proprement organique du problème, dans son livre, "les déficiences intel ectuelles chez l'enfant (Edit. I963) C.KOHLER souligne que " lorsqu'on procède à des enquêtes systématiques on s'aperçoit que l'accouchement "eutocique" n'est pas très fréquent, que beaucoup d'enfants naissent ou prématurés ou asphyxiés et qu'ils ne présensentent pas pour autant des déficiences intellectuelles. On est donc amené à discuter sérieusement le caractère univoque de telles causes et à se demander comme l'avaient fait à Lyon VORON et PIGEAUD, si elles ne sont efficaces que dans la mesure où le cerveau n'est pas déjà lui-même en mauvais état ou au moins en état de moindre résistance".

La tendance actuelle est de minimiser l'importance des interventions obstétricales (forceps, version) dans la genèse des débilités mentales et des encéphalopathies infantiles. En effet, les enfants nés par césarienne ou les prématurés nés eutociquement sont aussi débiles que ceux qui ont subi la violente force expulsive ou les manoeurvres obstétricales. Il s'agit d'une véritable"maladie traumatique du nouveau-né" qui peut laisser des séquelles définitives et graves.

Des auteurs incriminent l'anoxie ou privation d'oxygène comme cause principale de débilité d 'origine périnatale. A cette anoxie s'ajouteraient des hémorragies par traumatisme obstétricale. Les anesthésiques ou autres agents chimiques administrés à la mère sont très nocifs car ils aggravent les effets d'anoxie, ceci est d'autant plus dangereux qu'il s'agit souvent des prématurés.

Notre étude sur 400 adolescents, débiles et normaux , nous a permis d'attirer l'attention sur les facteurs périnataux suivants : forceps, prématurité, anoxie, foetomégalie, accouchement eutocique ou dystocique. Tous ces facteurs peuvent se résumer en trois grands groupes, anoxie traumatisme obstétrical et anomalie du terme.

A - ANOXIE PERINATALE

Comme nous l'avons dit plus haut, l'anoxie serait la principale cause périnatale de déficience intellectuelle.

Aucun cas d'anoxie n'a été retenu chez les 200 adolescents noramux; par contre, chez les 200 D.M. nous avons noté 5 anoxies importantes et II anoxies légères soit 5,5% d'anoxies légères et 2,5% d'anoxies graves.

Dans la genèse de la débilité mentale, la responsabilité de l'anoxie est certaine. Cependant, certaines restrictions s'imposent : les renseignements sur ce facteur sont tirés uniquement de l'interrogatoire

des parents, les carnets de santé sont inexistants et l'on n'a pu recourir aux observations de Maternité.

Etude des dossiers

- chez les garçons: 6 cas

-- N° 23, I7 ans; anoxie néo-natale; syncinésie, obésité, troubles caractériels.

-- N° 25, I7 ans; père éthylique, souffrance et anoxie légère pendant l'accouchement, encéphalite de Ière enfance, troubles caractériels manifestes.

-- N° 52, I5 ans; parents psychopathes, père éthylique, grossesse fut pénible, intervention obstétricale par manoeuvres manuelles, anoxie néo-natale longue, conditions de vie difficiles, retard de la parole; à l'examen on note une cyphose dorsale, et lordOse lombaire, un goître et des troubles caractériels.

-- N° 64, I4 ans; anoxie néo-natale longue, premier développement irrégulier (retard de la marche et de la parole), convulsions répétées dans la Ière enfance, hémiplégie, grand mal. L'examen actuel révèle une hémiparésie et une dysphasie.

-- N° 69, I4 ans; parents syphilitiques, anoxie périnatale légère, foyer dissocié, premier développement très irrégulier (marche, parole, sphincter). A l'examen on note une dysmorphie générale et une hypoacousie.

-- N° 85, I5 ans; né par forceps, anoxie néo-natale, foyer dissocié, retard du premier développement, convulsion isolée de la Ière enfance. L'examen est négatif.

- chez les filles : I0 cas

-- N° II5, I7 ans; parents débiles mentaux, née prématurée à 8 mois, a souffert d'une anoxie légère; famille nombreuse, retard de la marche gauchère contrariée. A l'examen on signale une onychophagie et des troubles caractériels.

-- N° I26, I6 ans; anoxie néo-natale longue, hémiplégie, comitialité de type grand mal, dysphasie et troubles caractériels.

-- N° I29, I7 ans; père éthylique, menace de fausse-couche, née prématurée à 8 mois, anoxie légère à la naissance, comitialité de type petit mal. A l'examen on retient une scoliose et des troubles caractériels.

-- N° I3I, I6 ans; foyer dissocié, anoxie longue, syncinésie et débilité motrice, aspect mongolien , signe d'hypothyroïdie.

-- N° I32, I6 ans; née d'une grossesse pénible, anoxie légère à la naissance, syncinésie, signe d'hypothyroïdie, troubles caractériels, vertige, bronchite et dyspepsie à répétition.

-- N° I34, I6 ans; foyer dissocié, anoxie néo-natale, retard du premier développement. L'examen révèle une syncinésie et une débilité motrice une attitude cyphotique, des signes d'hypothyroïdie et une onychophagie.

-- N° I36, I7 ans; parents épileptiques, foyer dissocié , a souffert d'une anoxie néo-natale, retard de la parole, signe d'hypothyroïdie, ambidextre, gauchère contrariée, dysphasie et troubles caractériels.

-- N° I5I, I4 ans; soeur D.M., née prématurée à 8 mois, l'application du forceps lui a provoqué une anoxie, heureusement légère. A l'examen on note des troubles caractériels.

-- N° I88, I5 ans; née asphyxiée, à l'examen on signale une note mongoloïde.

-- N° I93, I7 ans; asphyxiée à la naissance, l'examen révèle une obésité et des troubles caractériels .

Différents facteurs associés

a) Facteurs génétiques purs : 2 fois oligophrénie familiale.

b) Facteurs prénataux : parents syphilitiques I fois, éthylisme parental 3 fois, parents psychopathes: I fois, parents épileptiques : I fois.

c) Facteurs périnataux : intervention obstétricale 3 fois.

d) Perturbation du milieu socio-familial : 7 fois

e) Facteurs post-nataux : comitialité : 3 fois, convulsions de la Ière enfance : 2 , encéphalite : I fois, retard du premier développement : 7 fois, gaucherie contrariée: 2 fois, L'examen révèle (actuellement): troubles caractériels: IO fois, dysphasie: 4 fois, onychophagie: 2 fois, hypo-acousie: I fois, syncinésie: 4 fois, débilité motrice: 2 fois, hémiparésie: I fois, déformation de la colonne vertébrale: 3 fois, obésité: 2 fois, signes d'hypothyroïdie: 4 fois, goître: I fois, dysmorphie générale : I fois, note mongoloïde: 2 fois, affections pulmonaires chroniques et dyspepsies chroniques : I fois.

S'il existe des cas de débilité mentale causée uniquement par les anoxies néo-natales, qu'il nous soit permis de soutenir, grâce à l'étude de ces I6 dossiers, que ces cas sont très rares. Il y a toujours interférence ou association de plusieurs facteurs débilitants. Mais, quand il s'agit d'accorder un rôle important à ces facteurs précités, il n'est pas commode de distinguer ceux qui sont des conséquences d'une anoxie et ceux qui sont autonomes.

B - TRAUMATISMES OBSTETRICAUX

Aucun enfant n'a été exempt de ce traumatisme obstétrical ; nous en avons dit un mot au début de ce chapitre de facteurs péri-nataux. Cependant, certains enfants sont plus facilement victimes de ce traumatisme , soit parce qu'une autre force s'y est ajoutée (intervention obstétricale : version, forceps), soit parce que l'enfant est trop fragile (prématuré), soit enfin parce qu'il existe une disproportion foeto-pelvienne, bassin rétréci ou enfant trop gros. Le passage du foetus dans le canal pelvien implique un chevauchement très important des os crâniens. D'autre part, la prolongation du passage est très souvent cause d'anoxie.

Interventions obstétricales

Aucun cas n'a été signalé chez les adolescents normaux . Chez les D.M. nous avons retenu 7 dossiers : I cas de manoeuvres obstétricales manuelles, soit 0,5% ; 6 cas de forceps, 4 chez les filles , 2 chez les garçons, soit 3%.

Etude des dossiers :

- Garçons D.M. : 3 cas

-- N° 52, I5 ans (voir anoxie néo-natale)

-- N° 85, I5 ans (voir anoxie néo-natale)

-- N° 94, I5 ans ; né par forceps ; foyer dissocié ; retard de la parole ; encéphalite de la Ière enfance.

- Filles D.M. : 4 cas

-- N° I39, I5 ans; née par forceps; foyer dissocié; orpheline de mère; retard du premier développement ; monoparésie; syncinésie et débilité motrice.

-- N° I5I, I4 ans ; (voir anoxie néo-natale)

-- N° I62, I4 ans ; logement insuffisant , famille nombreuse , née par forceps. L' examen révèle une cyphose.

-- N° I7I, I4 ans ; parents syphilitiques, obèses et débiles mentaux; née par application d'un forceps, retard de la parole, orpheline de père. L'examen montre une obésité et des troubles caractériels.

Différents facteurs associés

a) Facteurs génétiques purs : oligophrénie familiale: 2 fois.

b) Facteurs prénataux : Ethylisme parental: I fois, parents syphilitiques: I fois, parents obèses: I fois, grossesse pénible : I fois, prématurité: I fois.

c) Facteurs périnataux : anoxie néo-natale : 2 fois.

d) Perturbation du milieu socio-familial : 9 fois

e) Facteurs post-nataux: retard du premier développement : 5 fois, convulsions de la Ière enfance: I fois; encéphalite: I fois, L'examen actuel montre : troubles caractériels : 3 fois, Dysphasie: I fois ; débilité motrice et syncinésie : I fois; obésité : I fois; déformation de la colonne vertébrale : 2 fois.

C - ANOMALIES DU TERME

I - Prématurité

Chez les adolescents normaux nous avons trouvé I4 cas de prématurité, 7 garçons et 7 filles, soit 7% d'adolescents normaux sont nés prématurés.

Chez les D.M., 2I cas ont été retenus, 5 garçons et I6 filles, soit IO,5% de D.M. sont nés prématurés.

Dans les deux groupes de nos sujets d'étude nous trouvons des enfants prématurés ; comment explique-t-on que les uns deviennent D.M. et les autres restent parfaitement normaux ? Existe-t-il association ou interférence de facteurs ?

Recherche des facteurs associés :

a) Chez les sujets normaux :

- Garçons : 7 cas

-- N° I06, I5 ans; grossesse pénible; né prématuré à 8 mois; énurésie tardive ; scoliose et ambidextre.

-- N° I08, I5 ans; né prématuré; retard du Ier développement.

-- N° I2I, I6 ans; né prématuré; retard de la marche.

-- N° I24, I5 ans; grossesse pénible; né prématuré; orphelin de père; énurésie tardive; gaucherie contrariée; onychophagie.

-- N° I36, I6 ans; prématurité ; famille nombreuse ; retard de la marche; troubles cardiaques sous forme de palpitations.

-- N° I6I, I4 ans ; né prématuré; parents éthyliques ; énurésie tardive; l'examen actuel est négatif.

-- N° I72, I4 ans; prématurité; aucun autre antécédent.

- Filles : 7 cas

-- N° I8, I7 ans; parents tuberculeux; foyer dissocié ; prématurité.

-- N° 2I, I6 ans; accouchement prématuré ; convulsions de la Ière enfance.

-- N° 27, I4 ans; prématurité.

-- N° 29, I4 ans ; prématurité à 8 mois ; l'examen actuel révèle une cyphose.

-- N° 48, I4 ans ; prématurité ; examen actuel négatif.

-- N° 58, I6 ans; prématurité ; cyphose.

-- N° 72, I7 ans; prématurité; cyphose.

b) Chez les débiles mentaux :

- Garçons

-- N° 6, I6 ans; albuminurie gravidique ; accouchement prématuré; orphelin de père; foyer dissocié; énurésie tardive; gau-

cherie contrariée ; troubles caractériels; onychophagie.

-- N°8, I7 ans; prématurité; retard du Ier développement.

-- N° 24, I6 ans; gros enfant à la naissance -(plus de 4 Kg.); né prématuré à 7 mois; gaucher contrarié; retard de la marche; attitude cyphotique; puberté précoce.

-- N°3I, I6 ans; né prématuré à 8 mois; retard du Ier développement; cyphoscoliose.

-- N°36, I5 ans; prématurité; retard de la marche et de la parole;

- Filles: I6 cas

-- N° II5, I7 ans (voir anoxie)

-- N°I2I, I7 ans; parents D.M. et épileptiques; prématurité; retard du Ier développement; gaucherie contrariée; cyphose; dysmorphie générale;

-- N°I22, I7 ans; née prématurée; orpheline de père; troubles caractériels;

-- N° I25, I7 ans; (voir chute durant la grossesse).

-- N°I29, I7 ans; (voir anoxie).

-- N°I35, I5 ans; père éthylique; née prématurée à 8 mois; retard de la parole; ambidextre et gaucherie contrariée; débilité motrice; syncinésie; cyphose; signes d'hypothyroïdie; onychophagie avec troubles caractériels.

-- N°I37, I7 ans; prématurité; gaucherie contrariée.

-- N°I44, I6 ans; père éthylique; prématurité; foyer dissocié; retard du Ier développement; convulsions du Ier âge. L'examen actuel montre une hémiparésie; une dysphasie; des troubles caractériels; affections pulmonaires et dyspepsie chronique .

-- N°I49, I4 ans; alcoolisme paternel; accouchement

prématuré; convulsions répétées de la Ière enfance; foyer dissocié; à l'examen actuel on note une débilité motrice et une syncinésie.

-- N°I5I, I4 ans; (voir anoxie)

-- N°I63, I5 ans; mère a chuté au cours de la grossesse; prématurité; logement insuffisant ; orpheline de père; foyer dissocié.

-- N°I68, I4 ans; (voir grossesse pénible).

-- N°I74, I4 ans; (voir encéphalite de la Ière enfance).

-- N°I82; I5 ans; prématurée à 8 mois; à l'examen actuel on note une dysmorphie générale.

-- N°I84, I5 ans; père éthylique; prématurité à 8 mois; cyphose; dysphasie et troubles caractériels.

-- N°I96, I4 ans; (voir encéphalite).

Différents facteurs associés aux antécédents "prématurité"

- Chez les D.M.

a) Facteurs génétiques : débilité familiale: 2 fois.

b) Facteurs prénataux : éthylisme parental: 5 fois, syphilis: I fois; parents tuberculeux : I fois; parents épileptiques: I fois; vésanie parentale: I fois; chute de la mère durant la grossesse: 2 fois; grossesse pénible: 2 fois; menace de fausse-couche: I fois; albuminurie gravidique simple: I fois.

c) Facteurs périnataux: anoxie néo-natale: 3 fois; forceps: I fois; foetomégalie

d) Perturbations du milieu socio-familial : I3 fois

e) Facteurs post-nataux : retard du premier développement : 9 fois; convulsions du premier âge : I fois; encéphalite : 2 fois; comitialité : I fois; gaucherie contrariée: 8 fois; troubles caractériels: I0 fois ; onychophagie: 4 fois; dysphasie: 5 fois; hypo-acousie: I fois; hémiparésie:

I fois; Syncinésie ; 2 fois; débilité motrice: 2 fois; déformation de la colonne vertébrale: 7 fois; obésité : I fois; puberté précoce: I fois; affections pulmonaires chroniques : I fois; troubles cardiaques: I fois et dyspepsies chroniques : I fois.

- Chez les sujets normaux, les facteurs associés sont très rares. Nous n'avons retenu, dans les antécédents parentaux et gravidiques, que: l'éthylisme, parental: I fois, tuberculose : I fois, et grossesse pénible: 2 fois; les perturbations du milieu socio-familial : 3 fois ; les facteurs post-nataux sont représentés par : retard du premier développement : 4 fois, convulsions , gaucherie contrariée ,onychophagie et affections pulmonaires : I seule fois, les déformations de la colonne vertébrale : 3 fois.

En conclusion, mis à part le N°I9 (D.M. n'ayant comme antécédent que la prématurité), la prématurité ne peut pas être considérée comme facteur absolu de la débilité mentale. Il y a très souvent association , combinaison ou interférence de plusieurs facteurs. Ceci étant, nous pouvons dire, avec regret, qu'en l'état actuel de nos connaissances il est très,difficile d'apprécier les limites des responsabilités da la prématurité dans la genèse de la débilité mentale.

2 - Gros enfant à la naissance (plus de 4 Kg) et Post-maturité.

Dans les deux groupes, D.M. et sujets témoins, nous avons trouvé pratiquement la même proportion de foetomégalie ou de post-maturité. Nous n'avons pas cherché la cause de cette éxagération pondérale; mais, de toute façon, les états(°) diabétiques n'ont pas été rencontrés dans les antécédents parentaux ou personnels.

Chez les D.M., I6 dossiers ont été retenus, ce même nombre s'est retrouvé chez les sujets de contrôle.

(°) lire : mais, de toute façon, les états pré-diabétiques n'ont pas été rencontrés ...

L'étude des dossiers a montré une proportion très écrasante des facteurs associés dans les antécédents des D.M. par rapport aux sujets " tout venant":

Chez les D.M., les facteurs associés sont représentés par :

a) Facteurs prénataux : éthylisme paternel: 6 fois, parents tuberculeux : I fois; grossesse pénible: 2 fois; chute au cours de la grossesse : I fois.

b) Facteurs périnataux : anoxie néo-natale.

c) Perturbations du milieu socio-familial : I5 fois.

d) Facteurs post-nataux : retard du Ier développement: 4 fois; convulsions de la Ière enfance: I fois; encéphalite I fois; énurésie tardive I fois, retard de la parole : I fois, comitialité depuis l'enfance : I fois, goucherie contrariée : 5 fois. L'examen actuel révèle : troubles caractériels: 5 fois, choréathétose: I fois, hémiparésie: I fois, dysmorphie générale: I fois, déformation de la colonne vertébrale: 4 fois, obésité: I fois, signes d'hypothyroïdie 3 fois, troubles cardiaques: I fois, puberté précoce: I fois et retard pubertaire: I fois.

Chez les sujets de contrôle, nous avons retenu :

a) Facteurs prénataux: éthylisme paternel: I fois

b) Perturbations du milieu socio-familial : 5 fois.

c) Facteurs post-nataux : retard du Ier développement : 3 fois, retard de la parole: I fois, retard pubertaire: I fois, troubles caractériels: I fois, déformation de la colonne vertébrale: 7 fois.

Ceci étant, faut-il considérer la post-maturité ou la foeto-mégalie comme facteur intervenant dans la genèse de la débilité mentale ? Rappelons que la post-maturité a été retrouvée, iso-

lée, par TARDIEU, chez 0,6% des infirmes moteurs cérébraux. Ce qui représente un taux très négligeable. Il est très possible qu'initialement, ces adolescents soient déjà fragiles, étant très gros le passage dans le canal pelvien est très traumatisant et les affections post-natales représentent pour ces D.M. des complications supplémentaires. C'est donc par un concours ou interférence de plusieurs facteurs que la post-maturité ou la foeto-mégalie peut intervenir dans la genèse de la D.M.

En conclusion, pour nous l'accouchement a un rôle important dans la genèse des D.M.. Les anoxies, les prématurités, les interventions obstétricales ont été notées dans des proportions de loin plus élevées chez les D.M. que chez les sujets de contrôle. Ceci doit être rapproché du taux d'eutocies plus élevé chez les sujets normaux (92%) que chez les débiles mentaux (76%).Nous ne jetonspas la pierre aux obstétriciens expérimentés dont le dévouement est incontestable et les progrès réalisés dans le domaine obstétrical sont très fructueux.

On ne peut trop demander aux accoucheurs car, un accouchement apparemment eutocique soit-il, est toujours traumatique. Tout ce qu'on peut leur demander c'est de diminuer la violence de ce traumatisme par des méthodes que personne d'autre qu'eux-mêmes ne peut présumer . Leur rôle ne doit pas s'arrêter à limiter les dégâts périnataux mais à dépister la souffrance foetale néo-natale due à l'anoxie.

Le Neuro-psychiâtre ou le Médecin praticien , lui aussi, doit dépister rétrospectivement cette souffrance foetale par anoxie au cours d'un interrogatoire des parents. Y a-t-il eu mort apparente ou asphyxie bleue? Les premières têtées étaient-elles difficiles ? L'enfant a-t-il présenté des petits phénomènes convulsifs ou même des plafonnements oculaires, des torpeurs ou au contraire de l'insomnie? Y a-t-il eu des fièvres inexpliquées?

C H A P I T R E IV

PERTURBATIONS DU MILIEU SOCIO - FAMILIAL

Dans ce chapître seront traités les différents facteurs psychiques ou sociaux en rapport avec des perturbations du milieu socio-familial : dissociation du milieu familial (séparation, divorce, abandon de la famille, perte des parents), déchéance des parents, logements insuffisants, famille nombreuse.

Les anciens auteurs et même certains contemporains, tels que les Russes, ne s'arrêtaient ou ne s'arrêtent qu'aux facteurs organiques comme seule étiologie de la D.M..

Les travaux plus récents ont pu mettre en évidence l'origine anorganique de certainss débilités mentales ou déficiences intellectuelles. Il est actuellement prouvé qu'à côté des déficiences intellectuelles primitives , héréditaires ou familiales et des déficiences intellectuelles secondaires de cause organique, un groupe de facteurs psychogènes peut être individualisé. Il s'agit précisément des déficiences intellectuelles par traumatisme affectif ou par privation de soins maternels ou déséquilibre du milieu socio-familial.

Bien entendu, il est évident que la même interférence qui relie les facteurs primitifs et secondaires organiques, se manifeste entre les facteurs psychiques et ces deux catégories de facteurs. Celles-ci peuvent s'associer soit séparément soit simultanément aux facteurs psychiques.

A - DISSOCIATION DU MILIEU FAMILIAL

Nous dirons, avec MENUT, qu'il y a dissociation du milieu familial, ou anomalie de la structure familiale ou parentale, lorsque le père ou la mère ou les deux à la fois sont manquants au foyer familial, que la cause en soit volontaire (séparation, divorce, abandon de famille) ou involontaire (mort par exemple); selon les cas, l'époux restant demeure seul, est remarié ou vit en concubinage.

L'influence de la dissociation du milieu familial sur le développement psychique de l'enfant est certaine. Il suffit, pour en être persuadé, de consulter les différents travaux réalisés sur ce problème.

Dès 1890, ROUX constatait que sur 375 pupilles du quartier correctionnel de Lyon, 223 enfants venaient de familles dissociées, soit 58%.

En 1900, le juge ALBANEL compte sur 600 familles d'enfants traduits en justice, 303 sont issus de familles désorganisées par le divorce, l'abandon ou la mort.

Henri JOLY dans " L'Enfance coupable", trouve, sur 400 pupilles, 85% provenant de familles défectueuses.

GAMET trouve dans les antécédents des enfants délinquants 50% de familles dissociées.

Le Pr HEUYER compte sur 400 dossiers du Tribunal des Mineurs, 60% de familles dissociées soit par divorce, soit par séparation.

Notre enquête a relevé 50% de D.M. issus de famille dissociées, soit par divorce, soit par séparation, soit par mort des parents. Parmi ces D.M. I2% présentent des troubles caractériels.

Le problème est très complexe d'ailleurs. L'étude de nos dossiers nous oblige à reconnaître que souvent tous ces facteurs sont intriqués et enchevêtrés : nous trouvons dans les antécédents de ces débiles , la vésanie et la débilité des parents pouvant expliquer, comme l'a bien montré Menut, à la fois la structure anormale du foyer familial, l'anomalie constitutionnelle et bien souvent héréditaire du caractère de l'enfant; l'alcoolisme et la syphilis dont le rôle est connu; à ces facteurs s'ajoutent toutes les affections post-natales, sans oublier les facteurs gravidiques qui constituent des complications supplémentaires. Cet ensemble crée un véritable fouillis de facteurs s'intriquant et réagissant les uns sur les autres.

Nous essayerons de dégager chaque élément qui constitue ce que nous appelons dissociation du milieu familial.

I - Carence de soins maternels et Perte des parents (mort).

A ce sujet, de nombreuses études ont été réalisées parmi lesquelles nous retiendrons les faits décrits en I942 par LAUNAY en France, étudiés sérieusement par SPITZ aux U.S.A. et repris très complètement depuis IO ans par BOWLBY à Londres, puis enfin, par Mme ROUDINESCO AUBRY à Paris. Notons enfin que ces différentes études ont été effectuées sur des déficiences profondes et non sur des retards simples qui s'expliqueraient par de mauvaises conditions de vie familiales ou sociales.

Pour élucider le rôle des facteurs psychiques nous nous contenterons de résumer les travaux de Spitz qui a montré par des études systématiques d'échantillons de petits enfants vivant dans des conditions affectives différentes que " les enfants qui étaient privés de soins maternels dépérissaient et, en tout cas, subissaient une dégradation mentale

qui, passé un délai de cinq mois, devenait définitive".

Le tableau ci-dessous est concluant, il montre l'importance du rôle maternel (in Enfance, N°5, I949).

TABLEAU 4

(de in Enfance, n°5, I949, et repris par KOhler: Déficiences intellectuelles chez l'enfant, p. 67, I963):

POUPONNIERE (Dépression profonde) INFLUENCE DE LA SEPARATION SUR LE QUOTIENT DEVELOPPEMENT .

Durée en mois de la séparation	Dégradation du Q.D. en point
Moins de 3 mois	- I2 I/2
3 à 4	- I4
4 à 5	- I4
plus de 5.....	- 25

Durée de la Séparation	Récupération après réunion à la mère
Moins de 3	+ 25
4 à 5	+ I3
Plus de 5	- 4

Dans la même voie, des enquêtes très sérieuses ont été menées par GOLDFARB (Am J. of orthopsychiatry, I944-45) sur deux groupes d'enfants, tôt séparés de leur mère et placés les uns chez les nourrices, les autres en institution ; le nombre et la constance des différences sont très concluants, plus particulièrement dans le domaien intellectuel, les Q.I. au Wechsler-Bellevue sont respectivement de 74,4 et 95,4. Un autre

test pour confirmation donne pratiquement les mêmes résultats, c'est le Q.S. à l'échelle de Vineland, 79 contre 98,8. On peut conclure que les enfants placés en nourrice sont plus intellectuellement défavorisés que ceux en Institution.

De son côté, PIQUER Y JOVER, à Barcelone, trouve sur un groupe de plus de I4.000 enfants délaissés ou délinquants des Q.I. inférieurs de 20 à 40 points à ceux des enfants du groupe de contrôle et définit leur intelligence par des caractères suivants : attention faible et difficile à soutenir, sens très peu développé des réalités objectives, imagination débordante et manque absolu de sens critique, inaptitude à l'abstraction pure et au raisonnement logique, retard considérable dans le développement du langage.

Dans la vie courante, et même dans l'histoire, plusieurs faits peuvent confirmer cette notion des facteurs psychiques dans le développement de l'intelligence. Après les guerres, par exemple, on assiste souvent à une"marée montante" des déficiences intellectuelles. Cette situation subsiste encore en Extrême Orient. On peut se demander si des perturbations dont nous n'avons, nous adultes, aucune idée au fond, soient amenées par la séparation de l'enfant et de sa mère jusqu'à un degré tel que l'intelligence soit bloquée dans sa croissance. A ce sujet, SPITZ fait remarquer qu'il faudrait pour trouver une analogie à cette situation du nourrisson que l'adulte soit privé de toute possibilité de contact, d'action , de défense, de conservation. C'est ce qui se serait passé dans les camps de concentration au Japon, et les observations de GREENSON sont identiques à celles de SPITZ sur les enfants délaissés.

En ce qui concerne les enfants délaissés et donc privés de soins maternels, un problème nous vient à l'esprit et incite à faire certaines restrictions à ce sujet. En effet, la question qu'on peut se poser est celle de savoir si la séparation de l'enfant et de la mère, bien qu'elle entraîne des carences affectives, peut suffire à expliquer une

déficience intellectuelle ? Ne faudrait-il pas remonter plus haut pour rechercher un élément prédisposant ou causal dans les antécédents héréditaires, familiaux ou personnels de l'enfant ? Nous savons bien que l'enfant peut être délaissé pour plusieurs raisons : - refus volontaire de la mère dans le cas d'une grossesse non désirée; - déchéance des parents en rapport avec une carence du sens moral et du sentiment maternel; - difficulté d'ordre économique résultant de l'incapacité des parents à se trouver du travail, etc... Dans ces différents cas il faut toujours rechercher une cause à la base. En ce qui concerne la grossesse non désirée, par exemple, elle est souvent l'objet de tentative d'avortement criminel, au cours d'une telle grossesse, la mère se trouve dans une disposition psychologique très défavorable, avec toutes les conséquences que GREENANCRE et FEDOR expliquent clairement et dont nous avons dit un mot plus haut.

Etant donné l'intervention de plusieurs facteurs, il est difficile de déterminer les responsabilités de chaque élément : la place des carences maternelles, de la déchéance des parents, des tentatives d'avortement criminel, des difficultés économiques, etc.. Quoi qu'il en soit, la place des carences de soins maternels est très importante dans la genèse de la débilité mentale mais elles interviennent souvent en association avec d'autres facteurs.

Quant à la mort des parents, on peut rapprocher ce problème de celui de carences de soins maternels, surtout lorsqu'il s'agit de la mort maternelle. Cependant, la mort de deux parents est plus traumatisant psychiquement qu'une simple carence de soins maternels. Si la perte des parents n'est pas directement facteur débilitant, son intervention dans la complication ou l'aggravation de la D.M. est très probable. Les parents peuvent mourir d'une imprégnation alcoolique; dans ce cas, avant même la naissance, l'enfant était déjà touché par l'alcool , vivant dans un milieu alcoolique, son développement psycho-moteur et intellectuel est perturbé, il est très fragile; la perte des parents ag-

grave le déséquilibre psychique de l'enfant, les différentes affections dont il sera victime constituent des complications supplémentaires.

Notre étude comparative a relevé 40 cas de perte de parents chez les D.M. contre 24 cas chez les sujets de contrôle; soit dans une proportion, respectivement, de 20% contre I2% d'adolescents orphelins.

TABLEAU 5

	200 Débiles mentaux			200 témoins		
	Garç.	Filles	G+F	Garç.	Filles	G+F
Orphelin de mère	7	I0	I7	4	8	I2
Orphelin de père	I2	8	20	8	4	I2
Orphelin de père et mère.	I	2	3	0	0	0
Total	20	20	40	I2	I2	24

Le tableau ci-dessus montre une proportion d'orphelins plus élevée chez les D.M. (20%) que chez les sujets normaux (I2%).

Dans le groupe témoin aucun enfant n'a été confié au service d'assistance à l'enfance. Chez les D.M. par contre nous avons relevé 7 garçons et I fille placés en Institution.

Comme nous l'avons suffisamment montré plus haut, ce facteur n'échappe pas à ce que nous pouvons baptiser "la loi d'interférence ou d'association de facteurs ". Chez les sujets normaux par contre nous n'avons pratiquement pas rencontré de facteurs péjoratifs associés.

2 - Divorce et séparation

Nous avons suffisamment parlé de ce facteur dans

l'introduction de ce chapître . Nous ne ferons que relever les chiffres de notre enquête et montrer l'intrication ou non de facteurs.

	200 Débiles mentaux			200 témoins		
	Garç.	Filles	G+F	Garç.	Filles	G+F
Adolescents	34	32	66	9	6	I5

Facteurs associés relevés chez les adolescents dont les foyers familiaux sont dissociés.

- Chez les D.M.

a) -- Facteurs génétiques : 5 fois

b) -- Facteurs prénataux : éthylisme parental: I2 fois, tuberculose et syphilis parentales: 2 fois, grossesse pénible: 2 fois, albuminurie gravidique: I fois.

c) -- Facteurs périnataux : prématurité: 2 fois, foetomégalie: 3 fois, anoxie néo-natale: 2 fois, forceps: 2 fois.

d) -- Perturbations du milieu socio-familial (autres que divorce et séparation): mort des parents: 25 fois, famille nombreuse : I6 fois, conditions de vie difficiles : I2 fois, déchéance des parents: 2 fois, soit un ensemble de 59 facteurs de cette catégorie.

e) -- Facteurs post-nataux : premier développement retardé : 4 fois, retard de la parole: (isolé) 4 fois, retard de la marche: 5 fois, énurésie tardive: 8 fois, grand mal depuis l'enfance: 2 fois, convulsions de la Ière enfance: I0 fois, encéphalite du Ier âge: 2 fois, hémiplégie: I fois, choréathétose : 2 fois, L'examen actuel montre : troubles caractériels: I6 fois, gaucherie contrariée: I6 fois, hypoacousie: 6 fois , dysphasie: 4 fois, onychophagie: 2 fois, syncinésie: 4 fois, débilité motrice: 3 fois, puberté précoce: 4 fois, retard pubertaire : 8 fois , déformations de la colonne vertébrale : 2I fois.

- Chez les sujets normaux : nous avons rencontré un nombre très insignifiant des facteurs associés, ils sont représentés par: éthylisme : I fois, prématurité: I fois, famille nombreuse: I fois, onychophagie; hypo-acousie, retard de la marche et du Ier développement : I fois pour chaque élément.

Cette disproportion de facteurs associés dans les deux groupes est très parlante. Bien que nous ayons trouvé un taux de foyers dissociés plus élevé chez les D.M. (33%) que chez les sujets de contrôle (7,5%), notre étude nous oblige à reconnaître le caractère polyfactoriel de la genèse de la débilité mentale. Le divorce ou la séparation peut être considéré comme facteur aggravant la D.M.

B - DECHEANCE DES PARENTS

Nous avons trouvé parmi nos D.M. 4 adolescents dont les antécédents comportent la déchéance des parents, 3 cas chez les filles, et I cas chez les garçons. Dans le groupe témoin 2 cas ont été retenus.

Chez les sujets normaux très peu de facteurs sont associés : l'un présentait une énurésie tardive et l'autre vit dans des conditions pénibles (famille très pauvre); l'examen actuel de ces enfants n'a rien montré de bien particulier.

Chez les D.M., nous avons noté une association de plusieurs facteurs : tous vivent dans la pauvreté, les parents sont séparés ou divorcés, l'un de ces quatre adolescents a des parents D.M., l'autre parents éthyliques. L'examen actuel de ces enfants n'a rien montré, sauf un seul qui présente une dysphasie, des troubles caractériels , une puberté précoce, une gaucherie contrariée, c'est le fils des débiles mentaux. Dans l'ensemble nous avons relevé I3 facteurs associés.

Les responsabilités de la déchéance des parents dans la génèse de D.M. est certaine, elle est à la base de beaucoup de perturbations familiales.

C - CONDITIONS DE VIE FAMILIALE DIFFICILES et INSUFFISANCE DE LOGEMENT

Pour mieux comprendre ce facteur, il n'est pas inutile de parler du rôle du milieu dans le développement de l'intelligence.

Si on nous permettait de revenir sur l'histoire des" " enfants loups" dont nous avons dit un mot dans l'Historique de notre travail, la question que nous nous poserions est celle de savoir dans quelle catégorie les classerait-on ? Faut-il les considérer comme des arriérés congénitaux, hypothèse soutenue par PINEL pour le "sauvage", ou se rallier aux propositions que défendait GESELL. Celui-ci soutient en effet que la vie en milieu des loups a"conditionné", au sens vrai du terme, ces enfants de telle sorte qu'un "déconditionnement" ultérieur s'est révélé impossible.

Les enquêtes françaises menées à Paris par BINET et celles réalisées en Amérique, en Grande-Bretagne et en Allemagne nous donneront des lanternes à ce sujet.

Se référant aux enquêtes françaises on peut dire que " le développement intellectuel semble se faire au même rythme dans toutes les catégories, mais certaines partent d'un niveau plus bas et ne comblent jamais ce handicap au départ ; les différences restent les mêmes au cours du développement et au terme de l'évolution observée de six années" (Le niveau intellectuel des enfants d'âge scolaire, p. 151).

Dans le même ordre d'idée, les auteurs français ont classé les enfants selon la profession de leurs parents. Le test collectif

de GILLE utilisé à ces fins aurait donné les résultats suivants , classés par ordre de valeur croissante, en allant des réultats moins bons aux résultats meilleurs :

- Cultivateurs, puis ouvriers habitant la campagne ;
- Ouvriers des villes , employés et fonctionnaires de campagne ;
- Employés et fonctionnaires des villes, puis cadres industriels et commerçants ;
- Professions intellectuelles et libérales.

A notre avis, une telle catégorisation peut être considérée comme base de discrimination sociale si les Instituteurs doivent s'y appuyer pour classer leurs élèves. On sait très bien, et c'est regrettable de le dire, que les enfants des classes dirigeantes sont souvent favorisés par certains instituteurs. Nous ne voulons pas nous lancer dans des considérations qui nous éloigneraient de notre problème. Cependant, qu'il nous soit permis de signaler qu' "avoir beaucoup de connaissances n'est pas synonyme d'intelligence ".

De son côté Mme BRUNET (Enfance I, 1956 et Psychologie française, IV, 1958) comparant trois groupes de jeunes enfants provenant de milieux "intellectuels", commerçants, ouvriers, dans le rendement à des tests non verbaux et verbaux, trouverait un "bain de langage" plus ou moins riche où le petit enfant se trouve plongé et qui retentit même sur le développement de l'intelligence pratique.

Pour nous, sans minimiser les différentesaffirmations sur ce problème, nous pouvons dire que nous nous trouvons devant un dilemne : ou bien , effectivement, les couches les moins favorisées de la population au point de vue des moyens d'existence ou du degré de culture (entendu au sens le plus large de ce terme) trouvent par ces faits mêmes des conditions d'environnement plus propices à l'apparition des déficiences intellectuelles ; ou bien cette partie de la population est justement placée dans de telles condi-

tions parce que ses moyens intellectuels familialement transmissibles sont eux-mêmes insuffisants.

Le débat sur l'influence des facteurs du milieu dans le développement de l'intelligence ou dans la genèse de déficience peut s'éterniser si un "compromis provisoire" ne rapproche pas les différentes écoles. Ceci étant, nous mettons des points de suspension à ce débat et passons aux résultats concrets de notre enquête sur les conditions de vie familiales.

I. Conditions de vie familiale difficiles

- Adolescents normaux : 2I cas soit I0,5%: 7 garçons et I4 filles.

- Adolescents D.M. : I4 cas soit 7%: 9 garçons et 5 filles.

Sur les 2I cas relevés chez les adolescents normaux, 7 seulement sont associés à d'autres facteurs, les I4 restant se présentent à l'état isolé. Comme éléments associés, nous avons retenu : éthylisme parental : 3 fois, déchéance des parents: I fois, famille nombreuse : I fois, retard du Ier développement : 3 fois ; l'examen actuel montre : énurésie 2 fois, retard pubertaire : I fois. Soit II éléments associés.

Par contre, chez les D.M., sur les I4 cas retenus, I2 sont associés à des syndrômes ou maladies très graves, 2 seulement peuvent être considérés comme isolés (N° 80 et 82). Comme facteurs associés nous avons relevé :

a) Facteurs prénataux : éthylisme parental: 7 fois, déchéance des parents : I fois, chute durant la grossesse: 2 fois, tuberculose : I fois.

b) Facteurs périnataux : foetomégalie: 2 fois.

c) Perturbations du milieu socio-familial (autres que conditions de vie difficiles). famille nombreuse: 6 fois, foyer dissocié: 5 fois, perte des parents: 4 fois, déchéance des parents : I fois.

d) Facteurs post-nataux : encéphalite de la Ière enfance : I fois, convulsions du Ier âge: 2 fois, énurésie tardive : I fois, retard de la marche : I fois, retard complet du Ier développement: 3 fois; l'examen actuel montre : troubles caractériels: 4 fois, gaucherie contrariée : 2 fois, puberté précoce: I fois, dysphasie 2 fois, obésité: I fois, cyphose: 2 fois et dysmorphie générale : 2 fois.

Pour un taux plus élevé de conditions de vie familiale difficiles chez les sujets normaux (IO,5%) que chez les D.M. (7%), nous trouvons une association plus importante de facteurs chez ces derniers que chez les sujets de contrôle. Ceci nous pousse à conclure que les conditions de vie difficiles, pour pouvoir intervenir dans la genèse de D.M., doit(°) s'associer à d'autres facteurs.

2. Logement insuffisant

- Adolescents normaux : 3 cas soit I,5% : 3 filles

- Adolescents D.M. : I4 cas soit 7% : I garçon et I3 filles.

Alors que chez les sujets normaux le "logement insuffisant" se présente à l'état isolé, c'est-à-dire sans facteurs pouvant entraîner un déséquilibre du développement de l'enfant , (sauf une fille parmi les trois qui est issue de parents éthyliques; son premier développement a été d'ailleurs retardé, elle n'est pas bien appliquée à l'école), chez les D.M., par contre, nous avons :

(°) lire: les conditions difficiles , ..., doivent s'associer ...

éthylisme parental: 4 fois, grossesse pénible : 2 fois, chute durant la grossesse: I fois, forceps: I fois, prématurité: I fois, accouchement laborieux: I fois; famille nombreuse: IO fois, foyer dissocié: 6 fois, perte des parents: 4 fois, déchéance des parents: I fois, conditions de vie difficiles: 2 fois; et beaucoup de facteurs post-nataux; encéphalite: I fois, monoparésie: I fois, retard du Ier développement: 2 fois, énurésie tardive: 2 fois ; l'examen actuel de ces enfants montre : troubles carctériels : 6 fois, retard pubertaire : 2 fois, gaucherie contrariée : I fois, syncinésie et débilité motrice , obésité: I fois et retard pubertaire : 2 fois.

De cette liste de facteurs associés nous retiendrons avant tout l'éthylisme, la grossesse pénible, le forceps et les perturbations du milieu familial; ces dernières sont certainement à la base de ce manque de logement suffisant.

D - FAMILLE NOMBREUSE (plus de 5 enfants)

Notons que le nombre des enfants qui constituent une famille(°) est très relatif, dépend d'une société à l'autre. Dans les pays du Tiers monde, par exemple, 6 enfants est un chiffre tout à fait normal alors qu'en Europe un foyer de 6 enfants est considéré comme "famille nombreuse".

Notre enquête a relevé plus de familles nombreuses chez les D.M. (54) que chez les sujets de contrôle (2I) :

	Débiles mentaux	Témoins
95 adolescents	20 cas : 2I%	9 cas: 9,5%
I05 adolescents	34 cas : 32,4%	I2 cas: II,5%
Total	54 cas : 27%	2I cas: I0,5%

(°) lire: famille nombreuse

La balance de "famille nombreuse" penche du côté des D.M., 27% contre I0,5% chez les sujets du groupe témoin.

En ce qui concerne l'association de facteurs nous avons relevé :

- Chez les sujets normaux : 6 cas sont vierges d'antécédents et même de manifestations actuelles ; 3 cas ne présentents que quelques perturbations du milieu familial, I2 adolescents présentent un ou deux facteurs suivants : prématurité, post-maturité, foyer dissocié.

- Chez les D.M. : 6 cas se présentent à l'état isolé, 6 cas présentent des perturbations du milieu familial très diverses, et , enfin , 4I cas dont les antécédents sont représentés par :

- parents débiles mentaux ou psychopathes
- parents éthyliques, syphilitiques, tuberculeux, épileptiques et obèses; de nombreux antécédents gravidiques : chute durant la grossesse, grossesses pénibles;
- anoxie néo-natale, naissance par forceps, prématurité.
- nombreuses perturbations du milieu sòcio- familial ;
- convulsions, encéphalites, comitialité et hémiplégie de la Ière enfance retards du Ier développement.

Il serait trop abusif de considérer les "familles nombreuses" comme facteur débilitant ; il suffirait de voir autour de nous pour en être persuadé. Cependant, ce facteur peut jouer un rôle aggravant d'une débilité préexistante, voire même prédisposant si l'harmonie ne règne pas au sein de la famille nombreuse.

C H A P I T R E V

FACTEURS POST- NATAUX

Un e distinction s'impose entre les facteurs organiques et psychiques. Bien entendu, cette division est purement théorique étant donné l'interdépendance de ces deux groupes de facteurs. Il est, en effet, très difficile de préciser les limites nettes entre le psychisme et l'organique pur. C'est ainsi que les facteurs instinctivo-affectifs et le contexte socio-familial viennent s'associer aux facteurs organiques purs pour constituer un ensamble très complexe où la part de chaque élément est difficile à préciser.

A - FACTEURS ORGANIQUES

Les causes organiques post-natales sont nombreuses; elles peuvent être infectieuses, toxiques ou traumatiques.

I. Infections post-natales

a) Séquelles de méningo-encéphalite.

La méningo-encéphalite est considérée comme une des causes classiques de D.M.. Les auteurs modernes portent l'accent sur l'importance de certaines maladies éruptives (rougeole surtout) de la coqueluche et des pneumonies, dans la genèse de débilité mentale d'origine encéphalitique .

Notre étude montre une proportion plus élevée d'"encéphalites" chez les D.M. que chez les sujets normaux : I4 cas, dont I0 filles et 4 garçons soit 7% des cas contre I seul cas chez les sujets normaux, soit 0,5%.

Nous rappelons que ce terme d' "encéphalite" recouvre des éléments sans doute hétérogènes et, qu'en tout cas, il correspond aux données fournies par l'interrogatoire des parents presque uniquement.

-- Chez les sujets normaux : I cas

- Filles : I cas

- N° I5, I7 ans ; encéphalite à 7 ans; aucun autre antécédent à signaler. L'examen actuel est négatif.

-- Chez les D.M. : I4 cas

- Garçons:

- N°25, I7 ans ; père alcoolique; gros enfant (+ de 4 Kg à la naissance); anoxie néo-natale; encéphalite de la Ière enfance; dysphasie.

- N° 74, I5 ans; retard de la marche qui serait dû à une brûlure des fesses; retard de la parole; encéphalite de la Ière enfance ; gaucherie contrariée ; signe d'hypothyroïdie.

- N° 88, I4 ans; encéphalite de la Ière enfance ; orphelin de père; gaucher contrarié ; syncinésie.

- N° 94, I5 ans; né par forceps; retard de la parole ; encéphalite de la Ière enfance; foyer dissocié.

- Filles :

- N° I9I, I7 ans; parents syphilitiques; grossesse fut pénible; retard de la parole; encéphalite ; famille nombreuse; syncinésie ; débilité motrice; obésité; dysphasie et troubles caractériels.

- N°97, I7 ans; parents syphilitiques; père éthylique; orpheline de père; famille nombreuse; encéphalite de la Ière enfance; goître et troubles caractériels.

- N° II4, I6 ans; famille nombreuse; encéphalite du Ier âge; obésité encore actuelle.

- N° II8, I7 ans; retard de la parole; encéphalite de la Ière enfance; signes d'hypothyroïdie; troubles caractériels et onychophagie.

- N° I60, I4 ans; retard de la marche; convulsions , encéphalite et hémiplégie de la Ière enfance.

- N° I69, I4 ans; mère éthylique; encéphalite; troubles caractériels.

- N° I72, I5 ans; logement exigü: I pièce pour cinq enfants; hémiplégie et encéphalite du Ier âge.

- N° I74, I4 ans; née prématurée à 8 mois; retard de la marche et de la parole; encéphalite de la Ière enfance.

- N° I8I, I6 ans; conditions de vie familiale difficiles ; logement insuffisant; famille nombreuse; encéphalite du Ier âge; troubles caractériels.

- N° I96, I4 ans; père tuberculeux avant et longtemps

après la naissance de l'enfant; née prématurée à 8 mois; orpheline de père et foyer dissocié; encéphalite de la Ière enfance. A l'examen actuel: cyphose.

Différents facteurs associés à l'antécédent "encéphalite" :

a) Facteurs prénataux : éthylisme parental: 3 fois, syphilis parentale: 2 fois, père tuberculeux: I fois, grossesse pénible: I fois, prématurité: 2 fois.

b) Facteurs périnataux : forceps: I fois, gros enfant: (+ de 4 Kg à la naissance) I fois.

c) Perturbations du milieu socio-familial : II fois.

d) Facteurs post-nataux : retards du Ier développement : 9 fois, convulsions de la Ière enfance: I fois, hémiplégie: 2 fois, syncinésie: 2 fois, débilité motrice: I fois, gaucher contrarié: 2 fois, troubles caractériels: 5 fois, dysphasie: 2 fois, onychophagie: I fois, obésité: 2 fois, et signes d'hypothyroïdie : 2 fois.

L'importance de l'"encéphalite" dans la genèse de la D.M. est certaine. Certes, plusieurs éléments sont associés à ce facteur, mais leur rôle est très limité. Très souvent ils ne sont que la conséquence de l'encéphalite. L'hémiplégie ou les convulsions, par exemple, ne peuvent être que des manifestations ou des séquelles d'encéphalite .

Cependant, bien que l'intervention des encéphalites soit importante, elles doivent être incriminées avec beaucoup de restrictions. En effet, d'une part, les parents n'ont très souvent aucune notion exacte de ce qu'ils évoquent ainsi, leurs renseignements sont par conséquent sujets à caution ; d'autre part, le médecin peut facilement se tromper sur le diagnostic de cette affection. Rien n'est plus malaisé à poser que le diagnostic trop facile d'encéphalite.

2 - Intoxications post-natales et Traumatismes crâniens

Les intoxications et les traumatismes n'ont qu'un rôle assez effacé; ceci est d'autant plus vrai qu'il s'agit de la débilité légère et moyenne. Il semble que c'est la loi de tout ou rien qui joue : ou bien les traumatismes ou les intoxications sont très importants; ils déterminent alors une déficience mentale profonde ; ou bien ils sont minimes et passent pratiquement inaperçus sans déterminer de séquelles débilitantes. C'est ce qui explique que notre étude ne portant que sur les D.M. légers et moyens n'ait pu mettre en évidence aucun cas de traumatisme ni d'intoxication.

B - FACTEURS PSYCHIQUES POST-NATAUX

Il est inutile d'en parler encore dans ce chapître , le chapître IV, parlant de perturbations du milieu socio-familial, en a suffisamment parlé. D'ailleurs, on peut considérer ces facteurs psychiques comme inclassables car ils interviennent à tous les stades du développement humain, de la conception à la mort, en passant par le stade gravidique, périnatal, post-natal: nourrisson, enfance, adolescence, adulte et vieillesse.

C H A P I T R E V I

SIGNES D'ALARME ou de PRESOMPTION

A - RETARDS DU PREMIER DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

Dans cette rubrique, il n'est pas question de parler des facteurs pouvant causer la débilité mentale ; la marche, le contrôle sphinctérien et la parole peuventêtre considérés comme le "miroir" du développement psychomoteur. Chez les D.M., on trouve certainement un retard du premier développement parce que déjà leur maturation organique est ralentie ou dystonique.

Les chiffres de notre enquête, sur le Ier développement, sont parfois sujets à caution; cela est dû à l'interrogatoire des parents qui ne se rappellent pas toujours le rythme de développement de leur enfant.

I - Retard de la marche :

a) Chez les sujets témoins : 38 cas = I9% : I7 garçons et 2I filles.

b) chez les D.M. : 40 cas = 20% : 25 garçons et I5 filles.

Nous trouvons une proportion quasi identique dans les deux groupes. Ceci est peut-être dû à l'oubli des parents qui ne savent plus l'âge où l'enfant a marché.

2. Retard du langage :

a) Chez les sujets normaux : 2I cas = I0,5% : I0 garçons et II filles.

b) Chez les D.M. : 44 cas = 22%: 24 garçons et 20 filles.

La proportion de retard de langage est, de loin, plus importante chez les D.M. que chez les sujets de contrôle. Dans le groupe de ces derniers, le retard du langage présente un état isolé(°) tandis que chez les D.M., le retard est la conséquence d'un élément débilitant : encéphalite, comitialité, convulsions dans la Ière année ; la débilité parentale; l'éthylisme ou la syphilis parentale a été rencontrée dans les antécédents de ces enfants. La proportion de perturbations du milieu socio-familial est très élevée chez ces enfants (foyer dissocié, mort de la mère).

3 - Retard du contrôle sphinctérien (énurésie tardive)

a) chez les sujets normaux : 25 cas = I2,5%: 9 garçons et I6 filles.

b) chez les D.M. : 32 cas = I6% : I4 garçons et I8 filles.

Il y a plus d'énurésie chez les D.M. (I6%) que chez les sujets de contrôle (I2%), mais avec une différence très minime ; nous pouvons faire la même restriction comme plus haut (erreur des parents).

(°) lire :le retard du langage se présente à l'état isolé, ...

B - CONVULSIONS DE LA Ière ENFANCE

- Convulsion isolée :

Aucun cas de convulsion isolée n'a été noté chez les sujets "tout venant"; par contre, chez les D.M., quatre adolescents en ont présenté.

- Convulsions répétées :

-- Chez les adolescents normaux 2 cas ont été retenus, mais la cause est indéterminée. L'un est né prématuré, l'autre n'a aucun antécédent péjoratif.

-- Chez les adolescents D.M., nous avons retenu 2I cas de convulsions répétées, soit I0,5% de tous les D.M..

Etude des dossiers :

a) Chez les sujets normaux : 2 cas

- filles :

-- N° 2I, I6 ans; née prématurée à 8 mois; crises convulsives de la Ière enfance.

-- N° 26, I6 ans; convulsions; a l' examen on note une cyphose .

b) Chez les D.M. : 24 cas

- Garçons : I7 cas dont 4:convulsions isolées et I3:convulsions répétées.

-- N° 3, I6 ans; convulsions répétées ; retard pubertaire et troubles caractériels.

-- N° I4, I6 ans; parents D.M. et épileptiques ; famille nombreuse; convulsions répétées. A l'examen: signes d'hypothyroïdie.

-- N° 22, I6 ans; convulsions répétées de la Ière enfance. A l'examen on note: une dysmorphie générale.

-- N° 28, I7 ans; convulsions répétées; gaucherie contrariée ; troubles caractériels.

-- N° 35, I5 ans; parents D.M. et père éthylique ; famille nombreuse; foyer dissocié ; énurésie tardive ; convulsion I seule fois ; syncinésie et débilité motrice.

-- N° 38, I6 ans ; parents D.M. ; retard du Ier développement; convulsions répétées; syncinésie; cyphose dorsale ; gaucherie contrariée ; dysphasie .

-- N° 44, I5 ans; foyer dissocié; orphelin de mère ; énurésie tardive; convulsions répétées ; hémiplégie du Ier âge ; l'examen actuel montre une syncinésie, une cyphose et des troubles caractériels.

-- N° 46, I6 ans; famille nombreuse; retard de la parole et du contrôle sphinctérien ; convulsions répétées ; à l'examen actuel on note: syncinésie, lordose, retard pubertaire, onychophagie.

-- N° 52, I5 ans; vésanie parentale; père alcoolique; grossesse pénible; manoeuvres obstétricales; anoxie néo-natale ; retard de la parole ; convulsions répétées; lordose; goître et troubles caractériels.

-- N° 60, I5 ans; éthylisme paternel; famille nombreuse; retard de la marche; convulsions répétées; à l'examen actuel : dysmorphie générale et puberté précoce.

-- N° 62, I4 ans ; grossesse pénible ; hémiplégie et convulsions répétées; à l'examen on note une hémiparésie.

-- N° 6I, parents épileptiques ; convulsion : I fois; cyphose; gaucherie contrariée et troubles caractériels.

-- N° 64, I4 ans; anoxie légère néo-natale; retard du Ier développement; hémiplégie et convulsions répétées de la Ière enfance ; grand mal. A l'examen actuel : hémiparésie et dysphasie.

-- N° 68, I4 ans; père alcoolique; chute de la mère au cours de la grossesse; retard du Ier développement; convulsions répétées ; conditions de vie familiale difficiles ; famille nombreuse. A l'examen actuel on note une lordose et une dysphasie .

-- N° 72, I4 ans; foyer dissocié; convulsions répétées signe d'hypothyroïdie.

-- N° 85, I4 ans; né par forceps ; anoxie néo-natale légère; retard du Ier développement ; convulsions une seule fois.

-- N° 8, I7 ans; né prématuré à 8 mois; foyer dissocié; retard du Ier développement; convulsion: I fois; grand mal. A l'examen actuel : cyphose.

- Chez les filles : 7 cas

-- N°96, I7 ans; père éthylique; conditions de vie familiale difficiles; retard de la parole et du contrôle sphinctérien ; convulsions répétées ; à l'examen : dysmorphie générale, obésité, dysphasie et troubles cractériels.

-- N° II0 , I7 ans; orpheline de père; foyer dissocié; convulsions; débilité motrice, cyphoscoliose; obésité et troubles caractériels.

-- N° II7, I7 ans; parents syphilitiques; orpheline de mère; foyer dissocié; famille nombreuse; énurésie tardive; convulsions répétées. L'examen actuel montre une hémiparésie, une gaucherie contrariée et des troubles caractériels.

-- N°I44, I6 ans; père éthylique; prématurité; retard du Ier développement; convulsions répétées ; hémiparésie ; gaucherie contrariée ; dysphasie; troubles caractériels.

-- N° I46, I5 ans; énurésie tardive; convulsions répétées; obésité; troubles caractériels; signes d'hypothyroïdie.

-- N° I60, I4 ans; retard de la marche ; hémiplégie, convulsions répétées et encéphalite de la Ière enfance.

-- N° I68, parents syphilitiques; frère psychopathe; grossesse pénible; née prématurée à 8 mois; accouchement laborieux; retard de la parole; convulsions répétées. L'examen actuel montre des signes d'hypothyroïdie.

Différents facteurs associés aux antécédents "convulsions"

- Chez les adolescents normaux : I seul accouchement prématuré et une cyphose dorsale sont associés aux deux cas de convulsions trouvés.

- Chez les D.M.

a) Facteurs génétiques purs : 3 fois oligophrénie familiale

b) Facteurs prénataux : parents syphilitiques: 2 fois, éthylisme parental: 3 fois, parents épileptiques: I fois, vésanie parentale: I fois; grossesse pénible: I fois, prématurité: 3 fois.

c) Facteurs périnataux : accouchement laborieux: I fois , forceps: 2 fois, anoxie néo-natale: I fois.

d) Perturbations du milieu socio-familial: I5 fois

e) Facteurs post-nataux : Retard du Ier développement : I3 fois, hémiplégie: 2 fois, encéphalite: I fois, grand mal: I fois, gaucherie contrariée: 5 fois, retard pubertaire: 2 fois. L'examen actuel montre : troubles caractériels: 8 fois, dysphasie: 2 fois, onychophagie: I fois, hémiparésie: 2 fois, débilité motrice et syncinésie: 3 fois, déformation de la colonne vertébrale: 5 fois, obésité: 3 fois, dysmorphie générale: 3 fois, signes d'hypothyroïdie fruste : 4 fois.

En somme, la proportion relativement importante de convulsions découvertes dans les antécédents des D.M. nous incite à considérer ce facteur comme un signe prémonitoire de la D.M., en ce sens qu'elles dénotent une lésion cérébrale. Quant aux différents éléments relevés dans les antécédants, ils peuvent être soit eux-même cause de convulsions, soit causés par celles-ci, ou bien agir en association avec les convulsions pour déterminer ou aggraver une débilité.

C - HEMIPLEGIE et Monoparésie

Ces signes déficitaires n'ont été pratiquement rencontrés que chez les débiles mentaux : 8 cas d'hémiplégie et I cas de monoparésie chez ces derniers contre I cas chez les sujets "tout venant".

Etude analytique des dossiers

a) Chez les sujets normaux : I cas

- Il s'agit d'un garçon de I6 ans, orphelin de père, ayant présenté une hémiplégie du Ier âge (N°III)

b) Chez les D.M. : 9 cas

- Garçons :

-- N° I3, I6 ans; plus de 4 Kg à la naissance; hémiplégie de la Ière enfance. L'examen actuel révèle une hémiparésie et des troubles caractériels.

-- N° 26, I6 ans; plus de 4 Kg à la naissance; retard de la parole; hémiplégie et comitialité de type "petit mal"; goître et troubles caractériels.

-- N°44 (voir convulsions)

-- N°62 (voir convulsions)

-- N° 64 (voir convulsions)

- Filles :

-- N° I26, I6 ans; anoxie néo-natale légère; hémiplégie; grand mal; dysphasie et troubles caractériels.

-- N° I39, I5 ans; née par forceps; retard du Ier développement; monoparésie. A l'examen actuel, on note une scoliose, une dysmorphie générale, une onychophagie et des troubles caractériels.

-- N° I60 (voir encéphalite ou convulsions)

-- N° I72 (voir encéphalite)

Différents facteurs associés

- chez les débiles mentaux :

a) Facteurs prénataux : grossesse pénible : I fois.

b) Facteurs périnataux : gros enfant à la naissance (+ de 4 Kg) I fois, anoxie néo-natale: 2 fois,

c) Facteurs relatifs aux perturbations du milieu socio-familial : 4 fois.

d) Facteurs post-nataux : retard du Ier développement : 4 fois, énurésie tardive: I fois, comitialité: 3 fois, convulsions 4 fois, encéphalite: 2 fois, L'examen actuel montre : troubles caractériels 5 fois, dysphasie: 2 fois, onychophagie; I fois , hémiparésie: 3 fois, syncinésie: I fois, dysmorphie générale : I fois; déformation de la colonne vertébrale : 2 fois et goître simple : I fois.

- Chez les sujets normaux : le seul cas que nous avons retenu ne comporte pas d'antécédents péjoratifs pouvant retenir notre attention.

En conclusion, ce que nous avons dit des convulsions, leur caractère"prémonitoire de la débilité mentale" est aussi vrai pour l'hémiplégie. Ce qui est le plus frappant, c'est l'association d'hémiplégie à des syndrômes , des manifestations ou maladies très graves pouvant être directement imputables dans la genèse de débilité mentale. C'est ainsi qu'à l'exception du N° I3, tous les cas d'hémiplégie sont associés, soit aux "encéphalites", soit aux comitialités, soit aux anoxie néo-natales, aux forceps, aux convulsions répétées. C'est dire que l'hémiplégie signe une atteinte cérébrale organique , probablement en foyer, dans la genèse de débilité mentale.

D - EPILEPSIE

Chez les sujets "tout venant", notre étude a révélé un seul cas d'enfant épileptique, soit 0,5% de notre effectif.

Chez les D.M. par contre, I2 cas d'épilepsie, soit 9 cas de grand mal et 3 cas de petit mal épileptique (6%).

Etude des dossiers des adolescents épilaptiques :

a) Chez les sujets du groupe de contrôle : I cas

-- C'est le N° 79, I7 ans, antécédents vierges, examens actuels négatifs.

b) Chez les D.M.: I2 cas

- Garçons : 6 cas

-- N°8, I7 ans; né prématuré, retard du Ier développement; convulsions non épileptiques suivies quelques mois après des crises de grand mal. A l'examen on note une cyphose.

-- N° 26, I6 ans (voir hémiplégie)

-- N° 30, I7 ans; grand mal depuis le bas-âge; troubles caractériels.

-- N° 39, I6 ans; grand mal de l'enfance ; gaucher contrarié; à l'examen on signale: troubles caractériels, cyphose.

-- N° 55, I6 ans; mère est tombée durant la grossesse ; retard de la parole; petit mal épileptique; débilité motrice; gaucherie contrariée; dysphasie et troubles caractériels.

-- N° 64, I4 ans; (voir hémiplégie)

- Filles : 6 cas

-- N° 98, I6 ans; vésanie et obésité parentales; éthylisme paternel; famille nombreuse; foyer dissocié; petit mal depuis l'enfance; cyphose et troubles caractériels.

-- N°I04, I6 ans; parents syphilitiques; et père éthylique; foyer dissocié; famille nombreuse; orpheline de père ; obèse et présente des troubles caractériels.

-- N° I09, I6 ans; père éthylique et tuberculeux; foyer dissocié; petit mal; puberté précoce; obésité; gaucherie contrariée; troubles caractériels.

-- N° I26 (voir hémiplégie)

-- N° I29, I7 ans; père éthylique; menace de fausse-couche; née prématurée à 8 mois; anoxie néo-natale légère; petit mal. A l'examen actuel on note: scoliose et troubles caractériels.

-- N° I40; parents épileptiques ; père éthylique; mère traitée au gardénal durant la grossesse; celle-ci fut pénible; crises de petit-mal. L'examen actuel montre une scoliose, une dysmorphie, une onychophagie et des troubles caractériels.

Différents facteurs associés

- Chez les débiles mentaux

a) Facteurs parentaux et gravidiques: syphilis: I fois , éthylisme: 5 fois, épilepsie: I fois, menace de fausse-couche : I fois, chute au cous de la grossesse: I fois, grossesse pénible: I fois, mère traitée au gardénal durant la grossesse: I fois , prématurité: 2 fois.

b) Facteurs périnataux : anoxie néo-natale: 2 fois

c) Perturbations du milieu socio-familial : 7 fois

d) Facteurs post-nataux : retard du Ier développement: 4 fois, convulsions de la Ière enfance: 2 fois, gaucherie contrariée: 3 fois. L'examen actuel montre: troubles caractériels: 9 fois, dysphasie: 3 fois, débilité motrice: I fois, hémiparésie: 2 fois, onychophagie: I fois, cyphose: 5 fois, dysmorphie générale: I fois, obésité: 2 fois, goître et signes d'hypothyroïdie: I fois.

- Chez les sujets "tout venant" nous n'avons retenu aucun facteur associé.

En somme, l'épilepsie représentant un paroxysme clinique qui correspond à une perturbation de l'électrogenèse cérébrale ,son association à une D.M. d'origine organique et son intervention possible dans l'aggravation de celle-ci sont tous compréhensibles. La proportion plus importante de cas d'épilepsie chez les D.M. que chez les sujets de contrôle est parlante. Des auteurs sont d'accord de dire qu' "initialement" c'est une atteinte cérébrale en foyer ou diffuse qui provoque l'épilepsie et les troubles intellectuels avec éventuelle atteinte motrice associée, les crises comitiales elles-mêmes retentissent sur le comportement , inhibent le sujet et dégradent son Q.I. d'autant plus qu'elles sont fréquentes " (communication verbale du Professeur Dechaume).

RESULTATS D' UNE ENQUETE ETIOLOGIQUE REALISEE DANS UNE COLLECTIVITE D' ADOLESCENTS DEBILES MENTAUX

ANTECEDENTS PARENTAUX ET PRENATAUX .	NUMEROS DES DOSSIERS	TOTAUX
Syphilis	69. 97. IOI. IO4. II7. I28. 141. 168. I7I.	9
Ethylisme	2. II. I7. 20. 25. 29. 35. 37. 40. 47. 50. 52. 53 . 54. 56. 58. 60. 67. 68. 7I. 75. 89. 96. 97. 98. IOO. IO4. IO6. II6. I27. I28. I29. I33. I35. I40. I43. I44. I47. I49. I52. I54. I56. I65. I69. I84. I86. I90. I94. I97. I98. I99. IO9. °°164	54
Débilité	20. 34. 35. 38. 40. 52. 54. 57. 65. 9I. 98. IOO. II3. II5. I21. I43. I5I. I56. I66. I68. I7I. I87. I97.	23
Epilepsie	I4. I2I. I36. I40.	4
Vésanie	52. 65. 98. I68.	4
Obésité	I4. 98. I68. I7I.	4
Grossesse normale	de 2 à 200 sauf : N° 6. 7. 9. I3. I7. I8. 25. 29. 36. 39. 45. 48. 52. 53. 54. 55. 57. 62. 68. 80. 87. 89. 9I. 92. 94. 9C. IOI. IO4. IO5. IO6. IO8. IO9. II3. II9. I2I. I22. I25. I29. I32. I33. I38. I40. I43. I54. I67. I68.	158
Grossesse pénible	45. 52. 53. 54. 62. IOI. II3. II9. I25. I32. I33. I38. I40. I43. I50. I54. I55. I67. I68	I9
Gros. + Albuminurie	6.	1
Gros. + Trait. gardénal	III. I40.	2
Menace d'avortement	I29.	1
Chute durant la gross.	55. 68. 93. I25. I27. I54. I63.	7
ANTECEDENTS PERINATAUX		
Foetomégalie et post-maturité.	IO. I3. I5. 25. 26. 28. 47. 5I. 53. 59. 75. 93. I52. I73. I77. I99.	I6
Prématurité	6. 8. 24. 31. 36. II5. I21. I22. I25. I29. I35. I37. I44. I49. I5I. I63. I68. I74. I82. I84. I96.	21
Versions	52	1
Forceps	85. 94. I39. I5I. I62. I7I.	6
Anoxie	23. 25. 64. 69. 85. II5. I26. I29. I3I. I32. I34. I36. I5I. I88. I93.	15
Acouchement normal	de I à 200 sauf: N° 5. 12. 16. 23. 25. 28. 40. 48. 52. 57. 64. 69. 80. 85. 87. 89. 92. 94. 95. 96. 98. 115. 118. 119. 122. 125. 126. 129. 131. 132. 134. 138. 139. 140. 143. 150. 151. 155. 156. 159. 162. 168. 171. 174. 176. 179. 180. 183.	152
PERTURBATIONS DU MILIEU SOCIO-FAMILIAL		
Logement insuffisant	I. 99. IO6. IO7. I33. I48. I62. I63. I67. I72. I8I. I90. I92. I98.	14
Condit. de vie difficiles	II. 68. 7I. 8I. 82. 83. 90. 93. 95. 97. I52. I8I. I92. I94.	14
Déchéance des parents	I6. 57. 82. I98.	4

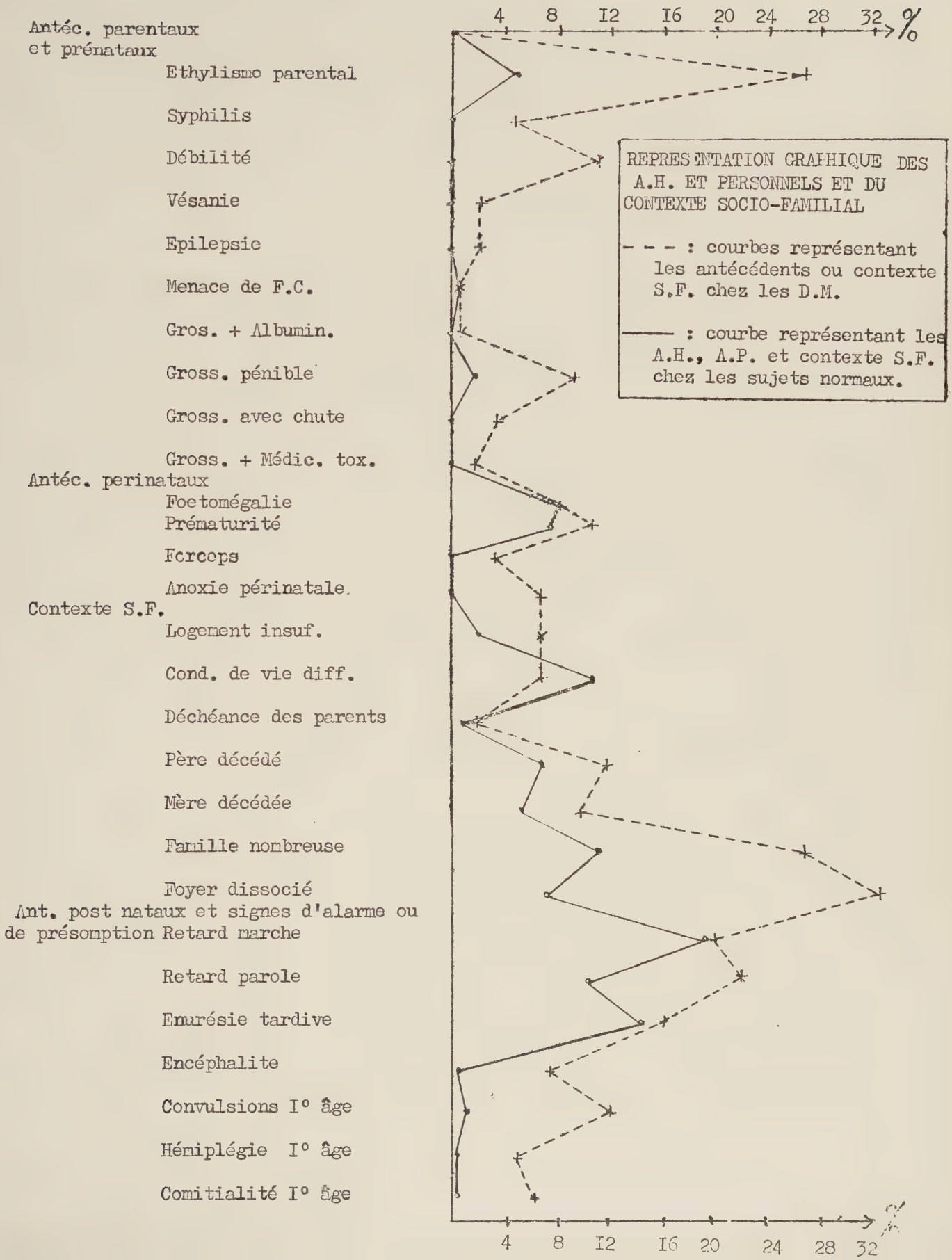
Perte des parents	2, 6, IO, II, I2, I5, 27, 42, 43, 44, 45, 47, 56, 57, 66, 7I, 72, 73, 83, 88, 89, 95, 97, I04, I07, IIO, II6, I22, I39, I56, I59, I63, I67, I7I, I79, I85, I86, I89, I92, I96.	40
Famille nombreuse	4, IO, II, I4, I8, 20, 24, 29, 34, 35, 37, 46, 47, 5I, 60, 63, 66, 67, 68, 70, 96, 97, 98, 99, IOI, I04, I06, I07, II4, II5, II6, I19, I23, I24, I25, I28, I43, I47, I48, I49, I52, I53, I55, I62, I67, I72, I8I, I83, I85, I89, I92, I94, I98, I99,	54
Foyer dissocié	6, 7, 8, IO, II, I6, I8, 20, 27, 35, 43, 44, 45, 47, 49, 50, 5I, 56, 66, 69, 7I, 72, 73, 75, 78, 8I, 82, 84, 85, 87, 89, 90, 92, 94, 98, I00, I02, I04, I05, I06, I07, I09, IIO, II2, II6, I28, I3I, I34, I36, I40, I42, I44, I48, I56, I59, I63, I67, I75, I78, I79, I85, I86, I89, I92, I96, ° 133.	66
ANTECEDENTS POST-NATAUX et SIGNES D'ALARME OU DE PRESOMPTION		
Méningo-encéphalite	25, 74, 88, 94, 97, IOI, II4, II8, I60, I69, I72, I74, I8I, I96.	14
Retard du Ier dévelop. marche	7, 8, I5, 21, 24, 31, 33, 36, 38, 42, 43, 5I, 60, 64, 65, 67, 68, 69, 7I, 74, 78, 82, 85, 90, 9I, II2, II5, II6, I2I, I30, I33, I34, I39, I44, I53, I60, I74, I77, I80, I83.	4C
parole	7, 8, I5, 21, 24, 31, 33, 36, 38, 42, 43, 51, 60, 64, 65, 67, 68, 69, 74, 75, 82, 85, 9I, 94, 96, IOI, II2, II6, II8, I2I, I30, I33, I34, I35, I36, I38, I39, I42, I44, I50, I6I, I67, I68, I7I.	44
contrôle sphinctérien	2, 8, 31, 33, 35, 43, 44, 46, 51, 53, 56, 67, 69, 83, 96, IO4, II2, II7, I2I, I30, I33, I39, I43, I44, I46, I48, I53, I67, I74, I8I, I96,	32
Convulsions du Ier âge	3, 8, I4, 22, 28, 35, 38, 44, 46, 52, 60, 6I, 62, 64, 68, 72, 85, 93, IIO, II7, I44, I46, I49, I60, I68,	25
Hémiplégie et monoparésie	13, 26, 44, 62, 64, I26, I39, I60, I72,	9
Comitialité	8, 26, 30, 39, 55, 64, 98, IO4, IO9, I26, I29, I40.	12

Pour des raisons matérielles nous n'avons pas pu présenter nos tableaux d'une manière idéale pouvant montrer clairement l'interférence ou l'association de facteurs.

RESULTATS D ' UNE ENQUETE SUR LES ANTECEDENTS HEREDITAIRES ET PERSONNELS
ET SUR LE CONTEXTE SOCIO-FAMILIAL D' ADOLESCENTS NORMAUX .

	NUMEROS DES DOSSIERS	TOTAUX
ANTECEDENTS PARENTAUX ET PRENATAUX .		
Syphilis		O
Ethylisme parental	5O. 54. 73. 83. 96. II9.	6
Débilité		O
Epilepsie		O
Vésanie		O
Obésité		O
Grossesse normale	de I à 2OO sauf : N° 62. 64. 77. 78. 79. IO6. I23. I24. I3I. I32. I35. I43. I48. I6O. I65. I7O.	184
Grossesse pénible	5. 97. IO6	3
Gross. +Albuminurie		O
GRos.+Trait. Gardénal		O
Menace d'avortement	25	I
Chute durant la Grossesse		O
ANTECEDENTS PERINATAUX		
Foetomégalie et post-maturité	3. 7. 9. 5O. 6I. 63. 69. 76. 8I. 84. 85. 86. 89. 93. I32. I52.	16
Prématurité	I8. 21. 27. 29. 48. 58. 72. IO6. IO8. I2I. I24. I36. I6I. I72.	14
Version ou forceps		O
Anoxie		O
Accouchement normal	de I à 2OO sauf: N° 2. 6. II. 14. 33. 45. 52. 65. 74. I2I. I32. I35. I46. I52. I56. I62. I89.	183

PERTURBATIONS DU MILIEU SOCIO-FAMILIAL		
Logement insuffisant	54. 80. 88.	3
Condit. de vie difficiles	I. IO. II. I9. 3I. 32. 37. 38. 39. 42. 50. 62. 73. 83. I07. I09. II4. II7. I28. I3I. I39.	21
Déchéance des parents	62. 145.	2
Perte des parents	I3. I4. I6. 50. 6I. 64. 68. 69. 7I. 72. 74. 78. I08. III. II2. I23. I24. I3I. I38. I49. I53. I59. I67. I78.	24
Famille nombreuse	I. I3. I4. 22. 36. 43. 72. 77. 87. 90. 9I. 92. I20. I33. I36. I44. I52. I66. I83. I87. I9I.	21
Foyer dissocié	IO. II. I9. 80. 88. I22. I63. I75. I8I. I89. I90. I93. I97. 200.	14
ANTECEDENTS POST - NATAUX ET SIGNES D'ALARME OU DE PRESOMPTION		
Retard du Ier développement		
marche	2. 6. 8. I4. I7. 20. 22. 23. 25. 35. 40. 45. 50. 52. 65. 66. 67. 76. 8I . 84. 89. 90. I08. II5. I2I. I22. I25. I28. I30. I63. I67. I76. I83. I84. I89. I92. I95. I98. 200.	39
parole	14. 36. 40. 44. 50. 5I. 54. 66. 74. 77. 8I. I07. I37. I43. I55. I60. I70. I84. I83. I94. I99.	21
Contrôle sphinctérien	53. 56. 57. 59. 60. 67. 70. 76. 8I. 82. 84. 86. 9I. 92. 94. 95. I06. IIO. II3. II7. I24. I3I. I39. I42. I45.	25
Convulsions du Ier âge	6. I4.	2
Méningo-encéphalite		O
Hémiplégie		O
Comitialité		O


4 8 I2 I6 20 24 28 32 %
REPRESENTATION GRAPHIQUE DES A.H. ET PERSONNELS ET DU CONTEXTE SOCIO-FAMILIAL
- - - : courbes représentant les antécédents ou contexte S.F. chez les D.M.
——— : courbe représentant les A.H., A.P. et contexte S.F. chez les sujets normaux.
Antéc. parentaux et prénataux
Ethylisme parental
Syphilis
Débilité
Vésanie
Epilepsie
Menace de F.C.
Gros. + Albumin.
Gross. pénible
Gross. avec chute
Gross. + Médic. tox.
Antéc. perinataux
Foetomégalie
Prématurité
Forceps
Anoxie périnatale
Contexte S.F.
Logement insuf.
Cond. de vie diff.
Déchéance des parents
Père décédé
Mère décédée
Famille nombreuse
Foyer dissocié
Ant. post nataux et signes d'alarme ou de présomption Retard marche
Retard parole
Emurésie tardive
Encéphalite
Convulsions I° âge
Hémiplégie I° âge
Comitialité I° âge
4 8 I2 I6 20 24 28 32 %

C O N C L U S I O N S

I - Les déficiences mentales en général et les débilités mentales en particulier sont, comme le cancer, des problèmes d'actualité qui appellent les efforts de la recherches médicale moderne. Elles constituent un champ d'action où se confrontent et s'entraident les généticiens , les psychiâtres, les psychologues et es pédagogues.

II - Par débiles mentaux (D.M.) nous entendons les enfants et adolescents présentant des déficits intellectuels, moyens et légers, compris entre le retard simple et l'imbécilité, et dont le quotient intellectuel (Q.I.) est lui-même compris entre 50 et 70. Ils sont caractérisés , sur le plan intellectuel, par les limitations des capacités de compréhension et de jugement, par la prédominance des fonctions d'acquisition sur les fonctions d'élaboration et par la prédominance de la pensée sensu-actorielle, c'est-à-dire concrète et pratique, sur la pensée linguispéculative. Sur le plan psycho-moteur et caractériel, ils sont généralement suggestibles d'attention fatigable, d'une tendance facile à l'opposition , irritables ou apathiques. Les troubles de la parole et du langage (parlé et écrit) et les déficits ou perturbation de la motricité sont très fréquentes.

III - Notre étude a porté sur las antécédents héréditaires et personnels et sur le contexte socio-familial d'un groupe de 200 adolescents D.M. (garçons et filles) fréquentant l'Institut médico-professionnel de l'oeuvre laïque de Perfectionnement du Rhône. Parallèlement, nous avons étudié les mêmes éléments dans un groupe témoin d'adolescents pris dans des Centres d'apprentissage de l'Enseignement Technique. Un certain nombre d'éléments statistiquement valable peuvent être dégagé de cette étude comparative :

I) SUR LE PLAN GENETIQUE PUR

La place des oligophrénies familiales est importante puisqu'elle correspond à II,5% de notre effectif total et que, en réalité, ce chiffre est un chiffre minimum compte tenu de nos possibilités pratiques d'enquête.

Aucune perturbation n'a été notée dans les antécédents génétiques des sujets "tout venant".

2) QUANT AUX FACTEURS PRENATAUX (Parentaux ou gravidiques)

a) L'éthylisme parental a particulièrement attiré notre attention avec une proportion de loin plus importante chez les D.M. (27%) que chez les sujets normaux (3%). C'est là un élément qui recoupe malheureusement la constation faite dans d'autres secteurs de l'enfance inadaptée et de la psychiatrie d'adultes.

b) Les grossesses pénibles occupent la seconde place dans cette rubrique : 9,5% chez les D.M. contre I,5% chez les sujets de contrôle; il s'agit d'un facteur en réalité hétérogène et correspondant souvent à des appréciations subjectives ou rétrospectives.

c) La syphilis parentale : 4,5% chez les D.M., aucun cas dans le groupe témoin, ce qui tendrait à donner encore quelque importance à ce facteur étiologique.

d) Les facteurs suivants ne représentent qu'un taux très faible et doivent être considérés comme négligeables. On ne les rencontre que dans le groupe de nos D.M. :

- chute durant la grossesse: 3,5%
- vésanie parentale : 2%
- parents épileptiques : 2,5%
- parents obèses : 2%
- albuminurie gravidique : 0,5%
- menace de fausse-couche: 0,5%

3) FACTEURS PERINATAUX

a) Anoxie néo-natale : 8% chez les D.M.; aucun cas chez les sujets normaux; ce qui souligne une fois de plus le rôle fondamental de l'oxygénation du cerveau du nouveau-né.

b) Prématurité : I0% chez les D.M. contre 7% dans le groupe témoin , ce qui est négligeable contrairement aux assertions encore trop souvent avancées .

4) PERTURBATIONS DU MILIEU SOCIO-FAMILIAL

Séparation, divorce, perte des parents, déchéance parentale, logement insuffisant, conditions de vie familiale pénibles; 79% chez les D.M. contre 44,5% chez les sujets témoins. Ce qui est encore une fois marqué, le rôle des facteurs mésologiques. Nous nous efforçons d'en étudier le détail, mais là encore, notre information a été limitée par nos possibilités pratiques d'enquête.

5) FACTEURS POST-NATAUX

a) Episodes encéphalitiques : 7% chez les D.M., aucun cas dans le groupe témoin.

b) Les convulsions de la première enfance : I3% chez les D.M. contre I%.

c) Comitialité : grand mal: 3%, petit mal; 3,5% chez les D.M., aucun cas chez les sujets normaux.

d) Hémiplégie de la première enfance : 4% chez les D.M.0% chez les normaux.

e) Les facteurs suivants ne présentent aucune prédominance parlante dans le groupe de D.M., ils peuvent être négligés, il s'agit de retards de la marche 20% chez les D.M. contre I9% chez les sujets normaux; des énurésies tardives I6% chez les D.M. contre I2,5% chez les sujets "tout venant". Ceci est à rapprocher par contre du pourcentage trouvé à propos du développement verbal. Il est retardé pour 22% chez les débiles contre I0,5% dans le groupe témoin.

IV- S'il faut établir une hiérarchie de l'importance et de la prédominance des facteurs étiologiques des D.M. par rapport à ceux des sujets de contrôle , l'accent sera mis sur l'oligophrénie et l'alcoolisme parental qui vont sans doute de pair avec les perturbations du milieu socio-familial; les difficultés de grossesse et l'anoxie néo-natale, enfin des manifestations étiquetées : épisodes encéphalo-méningés, et la notion d'antécédents convulsivants de la Ière enfance avec leurs conséquences probables: " Persistance d'épilepsie et hémiplégie".

On est aussi amené à retenir dans la genèse de la débilité mentale la notion de l'association, de la combinaison , de l'interférence et de l'intrigation de plusieurs facteurs qui constituent ce que l'on peut appeler la POLYGENESE de la débilité mentale.

Le Président de la Thèse :
Professeur DECHAUME

Vu et permis d'imprimer
LYON, le I3 Novembre I963

VU, le Doyen :
J.F.CIER

Le Recteur, Président du
Conseil de l'Université,
P. LOUIS

B I B L I O G R A P H I E

I. BARBEAU G.; Déficience mentale. Problème social.

2. BERGER A., CAYET, Me CHAVIER, DECHAUME J., THEVENIN L., WERTHEIMER P. L'Enfance Inadaptée. Problème social, - Six Conférences. U.N.A.R. (Lyon) I956-57.

3. BENNINGTON R.C., Biometrika 8 , 292 (I9I2)

4. BOURRIER M.P.A., Les Insuffisants cérébraux graves (Débiles profonds). Recherches sur l'étiologie. Problèmes de placement et d'utilisation. Thèse Paris I962 N°2I

5. BERRIER R.J.A. An investigation in to the mental Satade of parents and sibs of I950 mentally defective persons. VII th Intern. Gent. Congr. in J. Genet Suppl. vol. 64, I94I.

6. BRUGGER C., The genetic uniformity of mental deficiency without maket physical signs. Proc. Edinb. Genet. Congr. P. 82 I94I. Hdb. Erbbiol. I939, 5, 2ème partie 6 7 8.

7. BLUM : Théories psychanalytiques de la Personnalité. Paris P.U.F. in-8) , XI I96 p.

8. BRUNET Mme, Enfance, I, I956

9. BRUNET Mme, Psychologie française, VII, I958

I0. -- COLLOQUE de BRAZZAVILLE 8-I3 décembre I952. Paris I953 -Centre International de l'Enfance dans les pays tropicaux de l'Afrique.

II. CARMANN J.A. et ROBERTS M.A.W., E. Afr. Med. J. II, I07, (I934)

I2. CAROTHERS J.C., Psychologie Normale et Pathologique de l'Africain. Etude etho-psychiatrique. O.M.S. Genève I954.

I3. -- Cahiers médicaux lyonnais -Revue de l'Association lyonnaise de l'Externat T 39 N° 5, mai I963

I4. DALMAIS R.P., Note sur la Psychologie des écoliers de II à I2 ans à Fort-Archambault. Problème de l'Enfance dans les pays tropicaux de l'Afrique . C.I.E. I953, 229-333

I5. DARON A. Physique in hereditary mental defect , Human biol. I3: 459-472 I94I

I6. DEKABAN A.S. Mental deficiency, Recessive transmission to all children by parents similarly affected. Arch. Neur. Psych.79, n)2, I23-I3I, I958

I7. DESCLAUX P., MORLON (Mlle) et SOULAIRAC A. Etude de la fréquence des incompatibilités sanguines dans les arriérations mentales. Bull. Acad. Nat. Med. I95I. I35, n°I5-I6, 28I-284

I8. DUCHE D.J., MICHAUX L. L'Enfance Inadaptée

I9. -- Eléments d'une étude psychologique et sociale sur l'enfant africain à Brazzaville. Les problèmes de l'enfance dans les pays tropicaux de l'Afrique. CIE Secrétariat Social de Brazzaville. I953, 3I5-322

20. FRANCOIS Pr, PICAUT, QUINCY et LADER. L'oligophrénie phénylpyruvique

2I. FOREST G. Réflexions sur la débilité mentale chez quelques jumeaux. Thèse Lyon I956, n° I9I

22. FRASER ROBERTS J., Eugenc rev. 44: n°2, 2I, I952

23. GEBER Marcelle. Développement psychomoteur de l'enfant africain. Group for Research in Infantile Malnutrition, Mulango Hospital, Kampala, Unganda. I956

24. GESELL, Wolf child and human child, Harpers I940

25. GIBBENS T.C.N., Tendances actuelles de la délinquance juvénile, O.M.S. Cahiers de santé publique I96I

26. GINSBERG V., GOLD H., JERVIS G.A. et ZWERLING I. Incompatibilité sanguine entre la mère et l'enfant dans l'étiologie de la déficience mentale. Am. J. Dis. Child, Juil. I95I, 82 , n°I, 7-I3

27. GROSS H., KALTEWBACK E. Poblèmes étiologiques dans les états graves de débilité mentale congénitale ou d'apparition précoce. Wien. méd. Wischr., 7 février I959, I09, n°6, II9-I23

28. GODDARD , Feeble - mindedness Its causes and consequences. New-York Mc Millan co ed. I9I4.

29. HASSE R.J. L'étiologie des formes héréditaires de la débilité mentale. Med. Klin. 30 Février I959, 54, n°5, I90-I92

30. HELD J.P., KLEIN M.R., et TARDIEU G. Etude de 97 cas de déficience mentale grave chez l'enfant. Recherches étiologiques. Constatations électriques , encéphalographiques et opératoires. Sem. Hôp. Paris, 2-6 août I95I, 27 , n° 57-58. 24I0-24I3.

3I. HALPERIN S.L. Human heredity and mental deficiency . Am. J. of ment. Def. 5I/2, I53-I63 (analysis in Excerpta med. I948, 227)

32. ITARD, De l'Education d'un enfant sauvage. Paris I8II.

33. JOCHIMS J. Débilité mentale en tant que conséquence de troubles métaboliques Med. Klin. I7 Octobre I958, 53, n°42, I835-37

34. KOHLER C., Les déficiences mentales Intellectuelles chez l'Enfant. P.U.F. I954

36. KOHLER C., Problèmes psychologiques et sociaux posés par les enfants et adolescents débiles mentaux. Ann; Méd. Psych. II7ème Année, T.I. - Avril I959 (Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence -- Lyon)

37. KOHLER C. et Mme Maria DUBOST-PACAUT. Les filles débiles semi-éducables VIIIème Congrès de l'U.N.A.R. Toulouse 20-24 Octobre I956. Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence n°I, I957

38. KOHLER C., LACHANAT R., PASQUIER N. et d'ADHEMAR. Les recherches sur l'ascendance alcoolique d'enfants et d'adolescents D.M. et "Caractériels". Rev.neuro-psych. inf.Hyg.Ment.enf. N° 3-4, I96I

39. LAUNAY Cl. Début d'enquête sur les familles de débiles mentaux. Sem.des Hôp. Paris, I5-8, I945

40. MACLEAN N. et coll. A survey of sex. chromosome abnormalities among 4.5I4 mental defectives. The Lancet, 7224, 293-296, I962

4I. MENUT C.C. La dissociation familiale et les troubles de caractère chez l'enfant. Edit. familiales de France, N°22 I943

42. MOSIER H.D. et SCOTT L.W. Incidence du sexe chromosomique féminin chez des hommes D.M., 69ème réunion annuelle de la soc. Am. Péd., in Disc. Child. Octobre I959, 98, N°4, 447-448

43. O.M.S.: Epidiémologie des troubles mentaux. 8ème rapport du Comité d'Experts de la Santé mentale. OMS Série de rapports techniques n°I85

44. O.M.S. (L') et Santé mentale I949-I96I; O.M.S. Genève I962

45. PÈNE P. et SANKALE M. Médecine sociale au Sénégal. Afrique-Documents. Cahier I, Mars I960

46. PUECH J. ,RICHET L. , ROBIN C. Problèmes étiologiques et aspects cliniques des arriérations intellectuelles chez l'enfant. Entretiens de Bichat (Chir. et spécialisation) I960, 273-282

47. PENROSE L.S. Some genetical problem in mental deficiency. J.ment.Sc.84 , 693-707, I938

48. PENROSE L.S., A clinical and genetic study of I280 cases of mental defect. Med. Res. Council, spec. Rept.Ser. 229 : I-I59, I938

49. PENROSE L.S., Heredity of mental defects. Londres, I949

50. REID D.D., La méthode épidémiologique dans l'étude des troubles mentaux. OMS Cahiers de Santé publique n°2 Genève I960

5I. RITCHIE J.F. The African as suckling and as adult, London (Rhodes-Livingstone Papers, n°9, I943

52. ROBERTS J.M., Les maladies génotypiques (2 vol.), "Synthèse clinique" , Dr Garnier, I962

53. ROBERTS J.A.F., Inheritance of mental deficiency. Proc.Edinb.Genet.Congr. 249-25I, I94I

54. ROBIN G., Précis de Neuro-psych. inf. Doin, Paris 22I-I44

55. -- Séminaire sur la Santé mentale en Afrique du Sud du Sahara. Brazzaville 24 Nov.4Déc. I958.0 M S Bureau régional de l'Afrique-Brazzaville I949 7° éd.

56. TREDGOLD. Test book of mental deficiency. Baillière I949 7ème édit.

57. WESTERMANN D., The African to-day and to-morrow, London, I939

58. YANNET H., Classification et facteurs étiologiques de l'arriération mentale J. of Ped. Fevrier I957, 50, n°2, 226-235

TABLE DES MATIERES

	N° pages
PREMIERE PARTIE : AVANT-PROPOS	
I. INTRODUCTION	I
II. HISTORIQUE ET ETAT ACTUEL DU PROBLEME	5
III. DEFINITIONS.....	I5
DEUXIEME PARTIE : ETUDE COMPARATIVE DES ANTECEDENTS HEREDITAIRES ET PERSONNELS ET DU CONTEXTE SOCIO-FAMILIAL.	25
CHAPITRE I. FACTEURS GENETIQUES PURS	3I
II. FACTEURS PRENATAUX	37
A/ F. Infectieux	38
I. Syphilis parentale.....	38
2. Tuberculose parentale	40
3. Paludisme	4I
4. Rubéole	42
5. Toxoplasmose	42
B/ F. toxiques	43
I. Ethylisme parental	43
2. Autres facteurs toxiques	52
C/ Conditions anormales de grossesse	53
I. Traumatismes maternels	53
a) traumatisme psychologique...	53
b) traumatisme physique	56
2. Menace de fausse-couche.....	58
3. Grossesse pénible	59

D/ Maladie hémolytique 63

III. FACTEURS PERINATAUX 64

A/ Anoxie néo-natale 66

B/ Traumatisme obstétrical 69
Interventions obstétricales 69

C/ Anomalies du terme 7I

I. Prématurité 7I

2. Foetomégalie et post-maturité 75

IV. PERTURBATIONS DU MILIEU SOCIO-FAMILIAL

A/ Dissociation du milieu socio-familial.. 80

I. Carence de soins maternels .....
et perte des parents (mort)..... 8I

2. Divorce et séparation 85

B/ Déchéance des parents 87

C/ Conditions de vie difficiles .....
et Insuffisance de logement 88

D/ Famille nombreuse 92

V. FACTEURS POST-NATAUX

A/ ORGANIQUES..... 95

I. infections post-natales
Séquelles de méningite 96

2. Intoxications post-natales et
Traumatismes craniens 99

B/ Psychiques 99

VI. SIGNES D'ALARME OU DE PRESOMPTION

A/ Retards du premier développement

I. marche ..... IOI

2. Parole I02

3. Contrôle sphinctérien I02

B. Convulsions de la Ière enfance I03

C. Hémiplégie et monoparésie I07

D. Comitialité I09

VII. CONCLUSIONS II9

Tableaux II4

Graphique II7

Bibliographie I23

Table des matières I27